

610.5
R508
P3

ANAIIS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

FEB 3 1950

Revista médica editada mensalmente pelo
SANATÓRIO SÃO LUCAS
Instituição para o progresso da Cirurgia

Diretor: Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO

VOL. LVIII

São Paulo, Novembro de 1949

N.º 5

Sumário:

	Pág.:
A incisão transversal para cirurgia gástrica — Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO.....	409
Crítério de cura da ameb'ase intestinal pela E. histolytica — Dr. PAULO DE ALMEIDA MACHADO	417
Produção Médica de São Paulo:	
Associação Paulista de Medicina:	
Higiene e Medicina Tropical.....	431
Neuropsiquiatria.....	435
Ginecologia e Obstetria.....	438
Dermatologia e Sifilografia.....	447
Pediatria.....	448
Oto-rino-laringologia.....	451
Radiologia e Eletricidade Médica.....	453
Tisiologia.....	454
Medicina Geral.....	455
Outras sociedades.....	458
Imprensa Médica de São Paulo:	
Sumário dos ultimos numeros.....	460
Vida Médica de São Paulo:	
Colégio Internacional de Cirurgiões.....	461
Confraternização médica.....	462
Beneficência Portuguesa.....	463
Sociedade de Medicina e Cirurgia.....	468
Sociedade de Medicina Legal e Criminologia.....	469
Hospital das Clínicas.....	470
Necrológio: Dr. A. Marinho de Azevedo.....	470
Congressos Médicos:	
I Congresso Paulista de Hermoterapia.....	471
II Jornada Brasileira de Radiologia.....	472
II Curso de Patologia Digestiva.....	472
XIV Curso de aperfeiçoamento em Oftalmologia....	474
Assuntos de Atualidade:	
Tratamento da varicocele.....	475
Permutas científicas.....	476
Federação Mundial de Saude Mental.....	476
Literatura Médica:	
Livros recebidos.....	478

ARUCASE

LÍQUIDO

Preparado a base de ARUCA — Caléa pinnatifida Less — para o **tratamento específico** da AMEBÍASE em todas as suas formas.

Ao contrário da maioria dos medicamentos utilizados até hoje, ARUCASE **não é tóxico** e permite o tratamento dos adultos e crianças, sendo o seu sabor amargo bem tolerado.

ARUCASE além de atuar, como outros preparados, contra a Ambíase, na forma aguda da moléstia, é eficaz também quando já sobreveio o aparecimento dos cistos, o que permite **extinguir completa, rápida e definitivamente** a moléstia.

ARUCASE é também eficaz para a eliminação dos flagelados, tais como a Giardíase.

FORMULA:

Cada colher das de café (5 cm³) contem:

Extrato concentrado de ARUCA estabilizada (1:1,5) — 1 cm³

Água cloroformada, glicerolada a 25 % — q.s. p. 5 cm³.

A ARUCASE é apresentada em vidros de 60 cm³.

MODO DE USAR:

Adultos — Uma colherinha (5 cm³) diluída em um pouco de água 3 vezes ao dia.

Crianças — A mesma dose 2 vezes ao dia.

Estas doses podem ser aumentadas sem inconvenientes, pois, o medicamento é inteiramente destituído de toxicidade.

Solicite amostras e literatura à Secção de Propaganda do
LABORATÓRIO PAULISTA DE BIOLOGIA

Caixa Postal 86-B — Fone: 4-5106
SAO PAULO

ANAIAS PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRETOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitingui, 114 - Fone, 3-4198 - Caixa Postal, 1574 - São Paulo, Brasil

Assinatura: por 1 ano . . . Cr \$ 100,00 — Numero avulso . . . Cr \$ 10,00

VOL. LVIII

NOVEMBRO DE 1949

N.º 5

A incisão transversal para cirurgia gástrica *

Dr. Eurico Branco Ribeiro

Diretor do Sanatório São Lucas

Está entrando em moda a incisão transversal para as operações no andar superior do abdôme. Ainda agora, na 8.^a Assembléia Nacional dos Cirurgiões Mexicanos, reunida em novembro último, vimos destacado operador — o dr. José Aguilar Alvarez — realizar uma ampla incisão transversal supra-umbilical para ressecar uma úlcera no duodeno. E entre nós já há alguns cirurgiões que estão dando preferência a êsse tipo de via de acesso às vísceras abdominais situadas acima do umbigo. A prova mais cabal de que também em nosso meio o assunto está despertando interesse constitui o fato de ter sido elaborada recentemente na cadeira de Técnica Operatória e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina de Curitiba, sob a orientação do prof. Dante Romanó, uma excelente tese da autoria do dr. Frederico Guilherme Keché Virmond e que versou sobre "Incisões Transversais do Abdomen".

Muitas são as vantagens apontadas pelos defensores desse tipo de incisões; não se escondem também as desvantagens apresentadas.

Com o intuito de mostrar que as incisões transversais são as que mais concorrem para diminuir a incidência das eventrações posoperatórias, a conhecida casa Davis & Geck, Inc., está distribuindo um bem feito opúsculo contendo as mais usuais incisões desse tipo, as suas indicações principais e a maneira cirúrgica de repará-las com suturas que não compreendem os músculos. Já

* Trabalho apresentado ao 1.º Congresso do Brasil Central reunido em Araxá de 1.º a 7 de setembro de 1949.

afirmaram Schmieder e Fischer que todo tecido vascularizado cicatriza melhor do que o pobre em vasos, acentuando que a cicatrização do músculo se opera em melhores condições e mais solidamente do que a cicatrização da linha alba. E' que, assinala Keche Virmond, "a pouca vascularização traz como consequência uma quantidade menor de princípios metabólicos e um teor menor em oxigênio", o que dificulta a evolução do processo de reparação. E é por isso que se confia na cicatrização firme da secção transversal dos músculos retos do abdôme, pois recebem rica irrigação reversível da epigástrica e da mamária interna, cada uma das quais assumindo a iniciativa de irrigar o coto correspondente, em qualquer altura que se faça a incisão. Não se poderia desejar melhores condições tróficas para a reparação cicatricial.

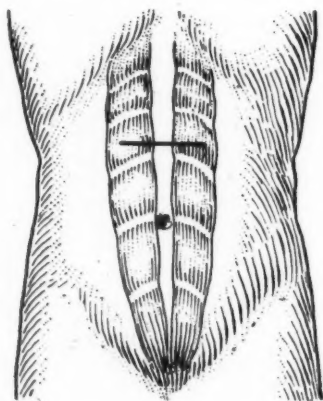


Fig. 1
Esquema da incisão cutânea

Entre as demais vantagens apontadas, estão a de que as incisões transversais procuram e muitas vêzes conseguem poupar os nervos motores dos músculos abdominais e a de que as aponevroses são abertas no sentido de suas fibras, favorecendo a reconstituição dos planos por meio de suturas apoiadas em fibras intactas.

Além disso tudo, há um fundamento estático em favor das incisões transversais. E' sabido que os sistemas de força comandados pelos músculos das paredes abdominais podem ser esquematicamente dissociados em longitudinal, representado pelos músculos grandes retos, e em transversal, composto pela ação mais complexa dos grandes e pequenos oblíquos e dos transversos. Ora, lançando mão da constante de Fick, que dá a força absoluta do músculo equivalente a 10 kgs. por cm² de secção transversal, Keche Virmond determinou em cadáveres humanos adultos o valor da força absoluta

de cada músculo da parede anterior do abdôme e chegou ao final, às seguintes conclusões: enquanto o sistema longitudinal tem uma intensidade de apenas 65 quilos, o transversal tem u'a média de 208,1 quilos, o que vale dizer que a incisão transversal vai produzir solução de continuidade num sistema de apenas 65 quilos, ao passo que a incisão longitudinal interrompe um sistema de 208,5 quilos, ou três vezes mais potente, havendo necessidade, assim, de uma sutura três vezes mais forte.

A isso tudo se acrescenta que as incisões transversais são de regra feitas segundo as linhas de tensão cutânea, permitindo a formação de cicatrizes lineares, de melhor aspecto estético, o que é testemunhado pela nossa larga experiência na cirurgia do apêndice.

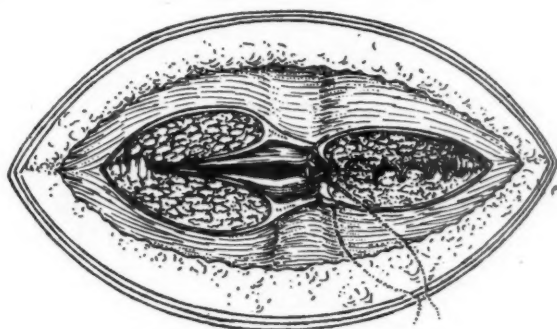


Fig. 2

Vê-se à direita que não foram seccionadas todas as fibras do reto; à esquerda, o plano profundo está sendo suturado, transfixando a agulha apenas o peritônio e a bainha posterior do músculo

Ter-se-ia que acrescentar, ainda, a virtude, alegada pelos defensores das incisões transversais, de diminuir delas a incidência das complicações pulmonares posoporetórias, já que os movimentos respiratórios se podem fazer amplamente, uma vez que os doentes quase não sofreriam dor ao nível do corte cirúrgico.

Essas vantagens sem dúvida se sobrepõem aos inconvenientes que às vezes podem se apresentar, como a impossibilidade de estender o campo operatório ao abdômen inferior, a maior demora na execução e no fechamento da incisão, uma hemorragia da parede por vezes mais intensa, a possível escassez de campo operatório nos indivíduos longilíneos, etc.

Tais inconvenientes certamente têm dificultado a difusão entre nós das incisões transversais. Há que se combater, também, não só o espírito de rotina que se antepõe a qualquer progresso, principalmente quando essa rotina vem de velha data e está enraizada pelo uso tradicional dos principais serviços, como há que

se combater o temor de uma sutura deficiente dos grandes retos do abdôme.

Ora, a experimentação e a experiência cirúrgica têm demonstrado que nada há que temer quanto a uma possível fragilidade da cicatriz ao nível desses músculos. Não é necessário que suas fibras sejam suturadas; basta que se afrontem, pela sutura dos folhetos aponevróticos, para que se forme uma cicatriz firme e resistente. E' o que ainda nos afirma o autor da tese de Curitiba, que, operando em cães, não fez sutura dos retos seccionados, tendo obtido, no entretanto, ótimas cicatrizes, verificadas histologicamente do 3.º ao 20.º dia. E' o que aconselham os autores norte-americanos, cuja orientação é tão bem sintetizada no folheto "Incisions that minimize disruption", em que se lê esta sentença categórica: "Na nova técnica de sutura das incisões transversais, ne-

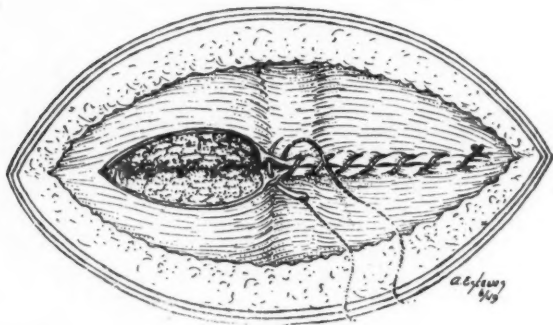


Fig. 3

A direita, vê-se o plano profundo suturado; à esquerda, vê-se a sutura superficial da bainha anterior do músculo, cujas fibras não são suturadas

nhuma tentativa se faz para suturar o músculo, mas somente a bainha que o envolve".

Apezar da crítica, que se faz, de que as incisões transversais não dominam toda a cavidade abdominal, como as verticais, que se podem prolongar à vontade, elas permitem resolver só de uma feita, situações cirúrgicas como a com que tivemos de nos defrontar ainda a pouco e que consistia no problema de fazer uma esplenectomia e uma colecistectomia num mesmo ato cirúrgico. O caso foi fácil e seguramente resolvido como o auxílio de uma ampla incisão tranversal de hipocôndrio a hipocôndrio através do epigástrico, resultando uma cicatriz sólida, apesar do entrecruzamento com uma antiga cicatriz do lado direito, por intervenção cirúrgica feita muitos anos antes.

Depois desse sucesso, passamos a empregar a incisão transversal em cirurgia gástrica e os resultados colhidos em pouco mais

de três meses, em cerca de 30 casos, são os mais satisfatórios possíveis.

Verificamos, desde logo, que não é necessário fazer-se a incisão tão extensa como aconselham os autores. Diminuindo-a, podemos fazê-la então a um nível mais alto, mais próximo do apêndice xifóide do que da cicatriz umbilical, o que oferece um acesso mais direto ao estômago, facilitando o ato cirúrgico. Verificamos, também, que, em casos de câncer, a exploração do cardia e a excisão de gânglios da pequena curvatura se tornam mais fáceis que com as incisões verticais, sendo então necessária a secção completa dos retos, o que não é preciso quando se trata de úlcera da pequena curvatura ou de úlcera do duodeno com bulbo movel.

De fato, nestes casos temos feito incisões econômicas, apenas seccionando a metade ou o terço interno dos músculos gran-

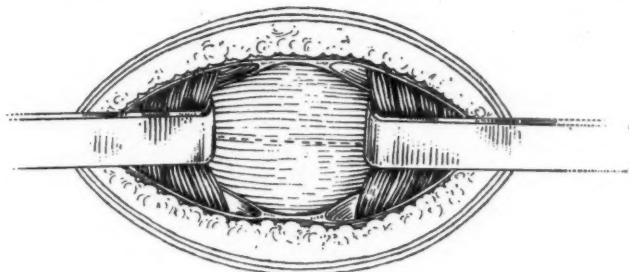


Fig. 4

Com o simples afastamento das fibras musculares obtém-se geralmente um campo suficiente para realizar uma gastro-duodenectomia parcial

des retos do abdôme. Em casos selecionados, pudemos, mesmo, apenas afastar para fora as fibras musculares, sem seccioná-las.

A técnica por nós seguida pode ser apreciada no esquema junto, vendo-se que uma parte das fibras musculares é preservada e que o ligamento redondo do fígado é seccionado.

Vê-se, também, que, ao fazer a sutura profunda, tomamos o peritôneo e a bainha posterior dos retos em um só plano. Entretanto, em alguns casos, quando prevemos a existência de um bulbo duodenal móvel, temos deixado de seccionar o ligamento redondo do fígado, limitando-nos a abrir o peritônio à direita ou à esquerda dessa formação anatômica. Com isso, ao fechar o abdôme, praticamos o pregueamento dos bordos da abertura do peritôneo pela técnica introduzida no Serviço pelo nosso companheiro João Noel von Sonnleithner, técnica essa que favorece a profilaxia das aderências à cicatriz laparatômica, pois a sutura fica praticamente reduzida a um ponto. Sobre esse fechamento do peritôneo, fazemos a sutura contínua, com pontos de reforço, a cate-

gute, da bainha posterior dos retos, seguida de idêntica sutura da bainha anterior com o mesmo fio, cuja extremidade fazemos aflo-
rar sobre ela, depois de atravessadas de baixo para cima as fi-
bras musculares de cada um dos retos, no ângulo correspondente
da ferida operatória.

Nos casos em que conseguimos fazer uma gastroduodenecto-
mia com incisão cutânea transversal sem ter necessidade de sec-
cionar uma só fibra dos grandes retos do abdôme, procedemos
tal como se faz na incisão de Pfannenstiel do abdôme inferior, isto
é: uma vez incisada transversalmente a bainha anterior dos gran-
des retos, as fibras musculares são afastadas para fora, dando
campo suficiente para a exteriorização do estômago e feitura da
gastro-jejunostomia transmesocólica. E' certo que isso só se po-
derá fazer em casos selecionados, quando se espera encontrar
bulbo duodenal facilmente mobilizável, mas é tática que se po-
derá tentar na grande maioria dos casos, pois si o campo não
for suficiente, nada mais fácil do que aumentá-lo à vontade, à
custa da secção das fibras musculares poupadas.

Acreditamos que todos os que experimentarem o emprego da
incisão transversa em cirurgia gástrica hão de se sentir satisfei-
tos, não só por poderem trabalhar sem a presença quase sempre
molesta das alças delgadas no campo operatório como também
por se verem livres das dificuldades que comumente ocorrem no
fechamento de um abdôme incisado verticalmente.

Por fim, cumpre assinalar a vantagem de prevenir as even-
tações, vantagem que Donald Ross, de Los Angeles, exaltou em
recente trabalho publicado em *The American Journal of Surgery*,
LXXVIII, 90, julho de 1949, afirmando que usa a incisão trans-
versa em cirurgia gástrica e nunca teve um só caso de evisceração.

Endereço: rua Suzano, 73

*Descanse sempre alguns minutos, antes de começar a comer.
Isto lhe despertará o apetite e proporcionará melhor digestão.
— SNES.*

● Solução concentrada de glicero-
fosfatos "cerebrais": de sódio,
de potássio e de magnésio.

● Leva as matérias minerais espe-
cíficas indispensáveis à reconsti-
tuição e ao funcionamento da
célula nervosa

**NÃO CONTEM ESTRICNINA
NEM ARSÊNICO
ESGOTAMENTO CEREBRAL. CON-
VALESCENÇA. NEURASTENIA.**



**Nevrosthénine
Freyssinge**

Gotas

Filial: rua Marquês de Itú, 202 — São Paulo

Crítério de cura da amebíase intestinal produzida pela *E. histolytica* *

Dr. Paulo de Almeida Machado

Chefe do Departamento de Pesquisas da Companhia Johnson & Johnson do Brasil, em São Paulo

Desde que Loesch encontrou a primeira ameba intestinal nas fezes do camponez Markoff, muito se tem falado, escrito, investigado e discutido sobre amebíase.

De 1875 até nossos dias publicou-se extensa literatura caracterizada, antes de tudo, pela controvérsia, pelas contradições e, por isso mesmo, pela dúvida.

O próprio Loesch, que encontrou amebas nas fezes, que confirmou o achado em necrópsia e que conseguiu inoculações positivas, negou a patogenicidade da *E. histolytica*, considerando-a simples causa irritante.

Muito se discutiu se a *E. histolytica* é ou não um agente patogênico, como se discutem a patogenicidade de outras amebas a patogenia das lesões amebianas, o diagnóstico e o tratamento.

Um grande fator da confusão reinante é a carência de informações sobre o critério de avaliação da cura. Cada autor refere resultados bons ou maus com este ou aquele tratamento. No entanto, muito poucos revelam precisamente em que se baseiam para considerar bom ou mau o resultado obtido.

Este trabalho tem por fim expor as normas obedecidas no instituto sob a nossa direção para a apreciação dos resultados da quimioterapia na amebíase.

Tratando-se de assunto tão rico em controvérsias, definiremos, antes de mais nada, os limites desta comunicação.

Limitamo-nos às formas intestinais porque nas manifestações extra-intestinais o critério de cura é obvio. Lesões extra-intestinais são lesões evolutivas; não têm tendência à cura espontânea e esta pode ser, quasi sempre, creditada ao tratamento. Sua verificação é patente nas lesões cutâneas como as que descreveu Carini (5), nas lesões cutâneo-mucosas como no caso relatado

* Comunicação apresentada ao 1.º Congresso Médico do Brasil Central e 3.º do Triângulo Mineiro, em Araxá, a 6 de Setembro de 1949.

por Cocuzza e Guerreiro (12), nas lesões útero-vaginais como observadas por De Rivas (18), O. Paz (45) e Morse e Seaton (42), nas lesões cerebrais curáveis como no caso publicado por Collard e Kendall (13), nas lesões pulmonares; essa verificação é óbvia mesmo na hepatite amebiana com ou sem necrose, quando os meios propedêuticos conhecidos dão informação satisfatória, principalmente quando complementados pela reação do azul de metileno de Franke, cujo valor nas hepatites foi demonstrado por Gellis e Stokes (24) e Chapin (8).

Limitamo-nos às infestações pela *E. histolytica* (Schaudinn, 1903) por ser esta considerada unanimemente como o agente mais sério da amebíase. Não negamos nem afirmamos a importância da *E. coli*, da *E. nana*, da *D. fragilis* e da *I. bütschlii*. Embora autores dos mais credenciados afirmem dogmáticamente que só a *E. histolytica* é patogênica, é de justiça admitir que ainda não está provada a não patogenicidade das outras amebas. Musgrave, com a autoridade de sua vasta experiência nas Filipinas, diz claramente: — “A afirmativa de que a *E. coli* não é patogênica não está documentada de forma conclusiva” (43). Bagen (2) e Hakansson (26) chamam a atenção sobre a importância da *D. fragilis*. O próprio Faust (22) não afirma taxativamente que a *E. coli* não seja patogênica, embora manifeste grandes dúvidas acerca de sua patogenicidade.

Temos observado portadores de *E. coli* que viram desaparecer sua sintomatologia após a erradicação do protozoário pelo tratamento anti-amebiano (38). São numerosos os portadores da *E. coli* sem qualquer sintomatologia intestinal. Mas, também a presença da *E. histolytica* é compatível com a normalidade do funcionamento do intestino, clinicamente (J. F. Pontes, 47). A *E. histolytica* pode mesmo produzir ulcerações assintomáticas (4). Segundo Saperó (51), num grupo de 103 “portadores sãos” apenas 43,4% apresentaram sintomatologia intestinal mais ou menos discreta. É curioso notar que aquele autor também encontrou a mesma sintomatologia discreta em 7,4% de 108 indivíduos normais, positivamente isentos de amebas. Wenrich e Arnett (58) não encontraram entre os “portadores sãos” sintomatologia mais marcante do que entre os indivíduos sãos não portadores.

Faust (20) admite a possibilidade do equilíbrio entre o hospedeiro e o protozoário passando este a ser apenas um comensal.

É verdade que não se encontraram ainda lesões típicas indiscutivelmente produzidas por outra ameba que não a *histolytica*. Mas, é verdade que tais lesões não têm sido procuradas sistematicamente. Além disto, a identificação da espécie de uma ameba na intimidade dos tecidos é uma tarefa acima da capacidade da imensa maioria dos estudiosos do assunto. É preciso lembrar que também no interior da *E. nana* e da *E. coli* já se encontraram hemátias fagocitadas (56, 40). Este achado não seria raro se a

maioria dos laboratórios não admitisse a fagocitose de hemátias como um característico exclusivo da *E. histolytica*.

Consideramos, assim, o problema ainda em aberto. E, limitando-nos à consideração da *E. histolytica*, não assumimos qualquer atitude doutrinária. Estamos com Rothman e Epstein, do Mount Sinai Hospital, quando dizem:

"Sob o ponto de vista clínico, todas as formas de amebas parecem desempenhar um papel patogênico. E, uma vez que elas podem representar uma ameaça séria à saúde pública, elas devem ser consideradas e tratadas como patogênicas, até que se prove o contrário" (50).

Para avaliar os resultados de um tratamento precisamos considerar: o diagnóstico, a oportunidade do tratamento, os medicamentos usados, as doses empregadas, a sequência do tratamento e o critério de cura. Sem um perfeito conhecimento destes seis pontos, não se pode afirmar honestamente que o tratamento foi bem ou mal sucedido.

Em se tratando de amebíase intestinal, estes pontos adquirem valor extraordinário.

1) *Diagnóstico*: — baseia-se na sintomatologia e na informação do laboratório.

a) *Sintomatologia* — A sintomatologia é variada, desconcertante, frequentemente confusa pela presença de componentes psíquicos. Não cabe aqui um estudo dos sintomas da amebíase intestinal. Nunca será demais, todavia, lembrar que não se deve procurar pela sintomatologia clássica da disenteria amebiana. Entre nós, apenas 20% das amebíases têm início disentérico ou apresentam episódios de disenteria durante o seu decurso (F. Cintra do Prado, 10). Pelo contrário, a mais encontrada é a forma constipante: 50% das formas intestinais nos 500 casos estudados por F. Cintra do Prado e F. Figliolini (9). Observações valiosas sobre a sintomatologia encontram-se nos trabalhos de F. Cintra do Prado, F. Figliolini, J. F. Pontes e cols., Faust, Saperó, L. Silva Mello, Connell e French, Castro, e Musgrave (10, 11, 9, 46, 20, 21, 22, 51, 53, 14, 7, 43, 34).

Há sintomas que sugerem a necessidade de pesquisar a existência de uma infestação amebiana. A ausência de sintomas, porém, não traduz a ausência de amebas.

b) *Informação do laboratório* — A informação do laboratório adquire, assim, grande importância. Infelizmente, o laboratório ainda executa com dificuldade a sua importante tarefa. Disse um grande tropicalista americano que, em seu país, não existiam cem técnicos capazes de executar, com eficiência, uma pesquisa

de amebas. Estamos certos de que no Brasil podemos ser mais otimista. É, porém, prudente saber quem fez o exame.

Um exame negativo, quando feito conscienciosa e concientemente significa que na porção de fezes examinada pelo laboratório não se encontraram amebas. Não significa necessariamente a ausência de amebas nas fezes do paciente e, muito menos, a inexistência de amebíase intestinal.

A probabilidade de encontrar amebas em uma única preparação iodada ou corada pela hematoxilina é inferior a 20%. Combinando estes métodos com o do enriquecimento em solução de sulfato de zinco, a probabilidade aumenta para 25-30% em um único exame e para 70-90% em cinco exames (Sawitz e Faust, 52).

Wright e Coombes (59), com grande experiência junto às forças britânicas estacionadas na Índia durante a última guerra, verificaram que, de 277 portadores de colite amebiana:

- 178 foram diagnosticados ao primeiro exame;
- 33 só revelaram amebas ao segundo exame;
- 18 só apresentaram resultado positivo ao terceiro exame;
- 48 só puderam ser identificados como amebianos depois de 4 a 22 exames.

Franco do Amaral e Avila Pires (23), examinando 300 presidiários entre os quais encontraram 39,3% de amebianos, obtiveram as seguintes porcentagens de resultados positivos:

- ao 1.º exame: 21,3%;
- ao 2.º exame: 8,0%;
- ao 3.º exame: 5,6%;
- ao 4.º exame: 3,3%;
- ao 5.º exame: 1,0%.

Ainda quanto ao diagnóstico parasitológico é preciso lembrar que a *E. coli* e provavelmente também a *E. nana* são mais frequentes do que a *E. histolytica* (3, 37, 36, 19, 50). Ainda mais contraditório é o *Blastocystis hominis* (58, 57) frequentemente confundido com quisto de ameba (30, 28). Apesar de tudo, o exame parasitológico das fezes ainda é a melhor fonte de informação.

A reação de fixação do complemento, de Craig, embora dando resultados satisfatórios na amebíase hepática (44) ainda não se pode usar como prova decisiva de diagnóstico na amebíase intestinal. Craig mesmo reconhece que a reação ainda não é adequada para a rotina de laboratório clínico (17).

O diagnóstico da amebíase intestinal crônica depende de uma informação exata do laboratório e de um esclarecido juízo clínico para a interpretação não só da sintomatologia mas também do resultado do laboratório. O juízo clínico é particularmente impor-

tante na prática civil onde frequentemente é um feito quasi heróico a obtenção de um único exame de fezes. A repetição do exame duas ou três vezes é, na maioria dos casos, um ideal inatingível.

2) *Oportunidade do tratamento*: — O tratamento deve ser precoce nas formas agudas. Nas formas crônicas deverá ser iniciado logo que se faça o diagnóstico e se coloque o doente nas necessárias condições psicológicas para um tratamento intensivo e prolongado. Todo o individuo portador de amebas é uma fonte potencial de contágio e, desde que se descubra a infecção, o tratamento deverá ser instituído imediatamente, sem indagar se há ou não sintomas de amebíase (Craig, 16).

Para obter a indispensável cooperação do doente cumpre informá-lo, com a prudência aconselhada pelo seu estado psíquico, que:

a) um tratamento insuficiente não o livrará dos perigos da amebíase nem livrará a sociedade de um foco de disseminação (J. F. Pontes, 46).

b) a amebíase tem uma tendência notável a produzir lesões em órgãos distantes do colon (Smith, 55), podendo atacar cérebro, cerebelo, nasofaringe, pulmão, fígado, rins, baço, bexiga, ovários, trompas, útero, vagina, testículo, epidídimo, penis e pele (44).

c) enquanto eliminar quistos estará disseminando a amebíase cada vez que expuser suas fezes e suas vestes ao contacto das moscas, cada vez que descuidar da higiene de suas mãos e cada vez que mergulhar numa piscina, mesmo clorada, pois a ação do cloro sobre os quistos de amebas é muito duvidosa (Costigan, 15).

d) ele é o mais importante disseminador da doença (Mushgrave, 43).

3) *Medicamentos usados*: — Garantida a cooperação do doente, iniciaremos o tratamento e surge então o problema do medicamento.

Há um certo número de drogas ao nosso dispor. Para algumas existem orientações definidas quanto à indicação, via, dose e método de administração. O uso indiscriminado de determinados amebicidas tem originado conclusões radicais incompatíveis com o verdadeiro espírito científico. Não se pode concluir pela inutilidade de um medicamento depois de experimentá-lo fora de suas indicações. Todos os medicamentos são máus quando usados de forma inadequada. Nenhum dos amebicidas conhecidos pode ser considerado infalível, nem mesmo dentro da tolerância do critério de infalibilidade em terapêutica. "None of these drugs can be depended on to eradicate amebiasis in every patient" (Faust, 21).

Escolheremos, portanto, o medicamento ou os medicamentos a ser usados, lembrando-nos de que poderemos apenas determinar a percentagem de curas, sabendo de antemão que nenhum amebicida conhecido nos proporcionará 100% de curas. Considera-

mos expressão da verdade as palavras de Pontes o cols., (48): "Nenhum dos amebicidas até hoje conhecidos reúne as qualidades ideais de um bom amebicida. Os mais eficientes não curam mais do que 90% dos pacientes".

4) *Doses*: — Cientes da natureza e indicações do medicamento usado, não se pode julgar o efeito sem conhecer as doses empregadas. A afirmação é sediciosa. Frequentemente, porém, encontramos opiniões formadas sobre certos medicamentos na ausência de qualquer experiência com as doses adequadas.

5) *Sequência do tratamento*: — Julgar um medicamento sem a observância da posologia é algo contraditório. Mais comum ainda é o desprezo pela sequência do tratamento. Há métodos que requerem a alternância de diferentes medicações, ou prescrevem determinada periodicidade na administração de um mesmo medicamento, ou requerem mais de uma via de administração ou exigem uma certa gradação nas doses diárias.

Opinião formada sem observância da sequência recomendada é sempre falha.

6) *Critério de cura*: — Finalmente chegamos à comprovação da cura. O desaparecimento dos sintomas encerra satisfatoriamente, segundo a maioria dos doentes, suas relações com o médico. Não significa, porém, que estejam cumpridos os deveres do médico para com o seu paciente e para com a sociedade. Não significa o cumprimento do dever que tem o doente diante da coletividade. Na verificação da cura deverão ser observados os mesmos cuidados com que se cerca o diagnóstico. Se a verificação da cura se destina à formação de uma opinião sobre a eficácia de um determinado tratamento, maior é a responsabilidade do experimentador: além de seus deveres para com o paciente e a sociedade, o experimentador tem à sua frente toda a classe médica a ser informada e eventualmente orientada pelos seus resultados. Terá diante de si a posteridade exigindo uma informação imparcial e honesta.

Cientes desta responsabilidade, condicionamos a apreciação da cura no instituto que dirigimos a umas tantas normas que exporemos a seguir. Concordamos em que raramente poder-se-á adotar o mesmo sistema no consultório. Mas, como o nosso trabalho é exclusivamente de natureza experimental, parece-nos razoável a orientação que seguimos por ser exequível em boa percentagem dos doentes.

Exame de fezes para comprovação da cura:

- a) material — obtido após purgativo salino;
- b) amostra — a maior possível, examinada antes de 2 horas após a evacuação e conservada à temperatura ambiente;
- c) exame macroscópico e seleção das porções a examinar;

d) exame microscópico de três porções selecionadas, cada uma delas em quatro preparações: suspensão em solução fisiológica, suspensão corada pela solução de D'Antoni, suspensão em água destilada e preparação corada pela hematoxilina.

e) exame microscópico de seis porções após enriquecimento por centrifugação e flutuação em solução de sulfato de zinco.

O primeiro exame faz-se 15 dias após o término do tratamento. A pesquisa parasitológica como descrita acima repete-se no 30.º, 45.º e 60.º dia depois de findo o tratamento. No 30.º dia examina-se também o material colhido diretamente do reto-sigmoide.

Estas normas contêm mais exigências do que as enumeradas por alguns estudiosos do assunto, ficando, todavia, aquém das prescrições de pesquisadores mais exigentes. Traduzem, porém, a combinação mais harmônica, em nosso ambiente, entre o ideal e o factível.

Algumas das nossas exigências ainda podem ser discutidas. Justificaremos, portanto, a seguir, a nossa orientação:

Material — no primeiro e no terceiro exame exigimos que seja obtido após administração de purgativo salino. Para o segundo exame dispensamos o purgativo e, para o quarto exame dispensamo-lo somente na eventualidade de recusa formal por parte do paciente.

Amostra — damos grande importância ao volume da amostra. Só o laboratório pode escolher as porções da amostra a ser examinadas. Ao colher a amostra em recipiente pequeno, o doente, em geral transfere a porção mais consistente, mais manejável, menos conveniente para o exame. Há mesmo doentes que, por falso pudor, evitam mandar ao laboratório as porções mucosanguinolentas. Lembrando a ação da urina sobre as amebas, recomendamos, principalmente às senhoras, que enviem amostras isentas de urina.

Examinamos o material até duas horas após a evacuação, antes que diminua a motilidade dos trofozoítos e antes que se exerça a provável ação lítica das fezes sobre as amebas (1). Conservamos a amostra à temperatura ambiente, lembrando as experiências de Gurevitch e Delightish (25) demonstrando que, à temperatura ambiente, a atividade dos trofozoítos se conserva até oito horas, não permanecendo além de duas a quatro horas a 37° C.

Seleção das porções a examinar — deve ser feita cuidadosamente. Cercamos, por isto, o técnico das necessárias condições de conforto para que faça uma seleção minuciosa.

Exame microscópico — fazemos, ao lado da clássica suspensão em solução fisiológica e das preparações coradas, uma suspensão em água destilada para facilitar o reconhecimento do

Blastocystis e da *D. fragilis* (28). Em se tratando de pesquisa de amebas acreditamos que nenhum especialista é bastante competente para dispensar todos os artifícios disponíveis para o diagnóstico. Se um *Blastocystis* típico é bem diferente de um quisto típico, isto não impede a existência de formas de difícil reconhecimento.

A reto-sigmoidoscopia que fazemos por ocasião do segundo exame destina-se à pesquisa de amebas na parede do reto-sigmoide. Este recurso impõe-se, dia a dia, como o demonstram, entre outros os trabalhos de Hinman e Kampmeier (31), Hawe (29) e Wright e Coombes (59). Estes observaram que a pesquisa de amebas foi negativa nas fezes de 21% dos amebianos diagnosticados pela reto-sigmoidoscopia.

O exame do material colhido pelo processo proctológico deve ser feito dentro dos 10 minutos que se seguem à colheita (29).

O número dos exames foi fixado em quatro. E' um número arbitrário como arbitrário seria fixá-lo em 20, 50 ou 100. O ideal seria exames diários durante cinco semanas. E' claro que, entre nós, mesmo nos hospitais, isto seria impossível.

J. F. Pontes e cols. (48) recomendam um a três exames mensais durante 6 meses. Howard (32) admite a cura após três exames negativos, 3 ou mais meses após o tratamento. Hill (30) requer exames diários durante uma semana, seguidos de exames mensais durante 3 meses e depois um exame cada 6 meses, conforme o caso. Mateer (39) propõe um exame semanal durante quatro semanas, um exame mensal durante os 5 meses seguintes e exames semestrais durante 3 anos. Monat e Hertner (41) pedem 20 a 30 exames.

O Journal of the American Medical Association, respondendo a uma consulta acerca do critério a ser adotado para a readmissão ao serviço de um Hospital Geral, de uma enfermeira, licenciada por ser portadora de amebíase, aconselha: a enfermeira poderá ser readmitida após cura clínica e três exames negativos (33). Atendendo à outra consulta (35) responde o mesmo órgão, com toda a sua autoridade e conhecimento da seriedade com que são encarados, nos Estados Unidos, os casos dos portadores de germes: — As fezes devem ser examinadas pelo menos uma vez por mes, durante três meses após o tratamento.

Não há, portanto, um critério universal.

E' preciso notar ainda que, uma vez liberto dos sintomas, o doente esquia-se a novos exames. E' impossível reter em observação por um prazo dilatado um número razoável de doentes que se supõem curados.

Entre nós também parece inconveniente dilatar o período de observação: num país em que amebas se encontram em pelo menos 40% da população, em que o lixo é vendido como adubo

para hortaliças, sem qualquer tratamento eficiente, em que moscas pululam e em que o serviço de águas e esgotos tanto deixa a desejar, é inegável a existência de risco permanente de reinfestação. A dilatação do prazo de observação dilatará o período de exposição à reinfestação. Recaídas observadas depois de dois meses de cura clínica comprovada por 4 exames parasitológicos e uma reto-sigmoidoscopia, dificilmente serão recaídas. Com maior probabilidade serão reinfestações. Hakansson, no Panamá, já dizia o mesmo: — "E. histolytica sobrevivendo ao tratamento pode escapar ao exame parasitológico até 4-5 semanas", e mais adiante — "definite conclusions on this point cannot be made on account of the probability of reinfections" (27).

No Brasil as possibilidades de reinfestação são, em geral, subestimadas.

Numerosas estatísticas demonstram a alta percentagem de portadores de amebas entre nós. Se portadores há, não se pode negar a existência de fontes de contágio. Se o número de portadores é grande, grande deve ser o número de fontes de contágio. O número de fontes de contágio deve ser necessariamente o mesmo para todos. Portanto, todos têm as mesmas oportunidades de se infestar. Porque só os indivíduos já tratados terão menos possibilidades de se infestar? Se a amebíase não confere imunidade, porque negar a possibilidade frequente de reinfestação?

Durante os dois meses de pesquisas de laboratório, insistimos na observação clínica. Lembramo-nos sempre, porém, de que, como diz J. F. Pontes, "na amebíase, nem tudo corre por conta da amebíase". Sem esquecer as infecções secundárias das lesões amebianas, cuja importância se vem evidenciando, dia a dia, (46, 47, 59, 37, 49), pesquisamos também a existência de uma infecção coexistente, por *Shigella* ou *Salmonella*, que não é achado raro (54) nem menos importante.

O doente curado da amebíase, com exames repetidamente negativos, pode continuar sofrendo de uma colite residual.

"Toute infection parasitaire a disparu; on répète les examens des selles, les prélèvement rectoscopiques: amibes et kystes restent introuvables, et cependant les malades continuent à souffrir; ils ont des alternatives de diarrhée et de constipation, ils rendent fréquemment d'épais paquets de glaires et des membranes; ils ont des coliques. Tout leur ventre reste sensible, le gros intestin fait corde ou fuseau sous le doigt, et la region est d'une sensibilité exquise". (Carles, 6).

Pode também o doente livrar-se de todos os padecimentos intestinais e continuar eliminando quistos.

A evolução clínica dos sintomas é condicionada por numerosos fatores não parasitários. E', portanto, necessário um juízo clínico prudente e esclarecido para aprecia-la.

Na amebíase intestinal, como em toda a medicina, o senso clínico continua insubstituível, hoje, como foi no passado e como sempre será no futuro.

RESUMOS E CONCLUSÕES

Comentando a divergência de opiniões sobre a patogenia, diagnóstico e tratamento da amebíase intestinal pela *E. histolytica*, o A., ressalta, como fator de grande importância na origem desta divergência, a ausência de um critério único na apreciação da cura.

Procurando harmonizar o ideal com o praticável, organizou um método aplicável na rotina de experimentação clínica, método este que é exposto e justificado, e que consiste no seguinte:

Comprovação da cura:

- 1) Exame de fezes — 15, 30, 45 e 60 dias após o término do tratamento.

Material — obtido após purgativo salino pelo menos no 15.º e no 45.º dia.

Amostra — a maior possível, conservada à temperatura ambiente e examinada até duas horas depois da evacuação.

Exame macroscópico — para selecionar as porções a ser examinadas (três, no mínimo).

Exame microscópico — de uma suspensão em solução fisiológica, de uma suspensão corada pela solução de D'Antoni, de uma suspensão em água destilada e de uma preparação corada pela hematoxilina.

Enriquecimento de seis porções pela centrifugo-flutuação em sulfato de zinco.

- 2) Reto-sigmoidoscopia para colheita de material para pesquisa de amebas no 30.º dia.
- 3) História clínica do doente.

Salientando o risco de reinfestações, o A., não adota períodos de observação mais extensos.

Reconhecendo a existência de portadores de *E. histolytica* e mesmo de portadores de ulcerações amebianas típicas sem quaisquer sintomas que sugiram a existência de amebíase, reconhecendo a existência de sofrendores do intestino cuja sintomatologia não se atenua após a erradicação efetiva da infestação amebiana, o A., salienta a necessidade de um elevado espírito clínico e científico para dar a devida consideração à sintomatologia e aos dados do laboratório na apreciação da eficiência de um determinado tratamento.

SUMMARY AND CONCLUSIONS

The Author emphasizes the need of a standard method for checking the cure of intestinal amoebiasis. The lack of a widely accepted criterium is, according to the Author, one of the main causes of the existing discrepancies as far as pathogenesis and therapy of intestinal amoebiasis are concerned.

Submitting to the Araxá Medical Convention the method as used at the research institute under his direction, the Author discusses the different steps of the method which, in brief, is the following:

- 1) stool examination: — 15, 30, 45 and 60 days after the end of the treatment.
stool — obtained after saline purgative at least on the 15th and on the 45th day.
specimen — the whole stool whenever possible; stored at room temperature and examined before two hours after the faeces have been passed.
macroscopical examination — to select the portions to be examined, (three at least).
microscopical examination — of a saline suspension, of a portion stained by D'Antoni's solution, of an aqueous smear, of a hematoxylin stained preparation and of six portions enriched by the zinc sulphate flotation method.
- 2) Sigmoidoscopy to obtain specimen for the investigation of amoebae, on the 30th day.
- 3) Clinical history of the patient.

Emphasizing the danger of reinfestation, the Author does not extend the period of observation.

Recognizing the existence of carriers of *E. histolytica*, even with typical amoebic ulcerations, without any suggestive symptoms of amoebiasis, recognizing the existence of enterocolitis whose symptomatology does not become attenuated after the eradication of the amoebic infestation, the Author refers specially to the need of a careful clinical and scientific spirit in judging the clinical and parasitological findings when appreciating the efficiency of an antiamoebic treatment.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ADLER, S., e FONER, A.: The lytic action of normal faeces on the vegetative forms of *E. histolytica*, *Harefuah*, 30, 239, (1946), resumo em *Trop. Dis. Bull.* 44, 313, (1947).
- 2) BARGEN, J. A.: Modern concepts of intestinal infection, *Col. Pap. Mayo Clin.* 37, 77, (1945).
- 3) BYRD, E. E.: On the incidence of intestinal parasites in 537 individuals, *Am. J. Trop. Med.* 16, 39, (1936).
- 4) CANAVAN, W. P. N., e HEFLEY, A. M.: Investigation of intestinal parasitic infections of a selected population of Oklahoma City, *Am. J. Trop. Med.* 17, 363, (1937).
- 5) CARINI, A.: Un cas d'amibiase cutanée, *Bull. Soc. Par. Exot.* 29, 584, (1936).
- 6) CARNOT, P., e RACHET, J.: *Maladies de l'intestin* (Carnot e Lereboullet), J. B. Baillière et Fils, Paris, 1936.
- 7) CASTRO, E. L.: Pseudo câncer cólico de origem amebiana, *Rev. Bras. Med.* 5, 696, (1948).

- 8) CHAPIN, S. E.: Positive urine methylene blue test in amebic hepatitis, *J. A. M. A.* 130, 1071, (1946).
- 9) CINTRA DO PRADO, F., e FIGLIOLINI, F.: Formas clinicas da amebiase, *O Hospital*, 30, 769, (1946).
- 10) CINTRA DO PRADO, F.: Tratamento da amebiase, *O Hospital*, 31, 431, (1947).
- 11) CINTRA DO PRADO, F.: Simulação da colecistite crônica pela amebiase intestinal, *O Hospital*, 34, 489, (1948).
- 12) COCUZZA, C., e GUERREIRO, D. T.: Amebiase cutâneo-mucosa do penis, *Rev. Med.* 31, 163, (1947).
- 13) COLLARD, P., e KENDALL, D.: Cerebral amebiasis treated with emetine, *Lancet*, 2, 17, (1947).
- 14) CONNELL, F. H., e FRENCH, H. T.: The incidence and results of treatment of subclinical amebiasis, *J. A. M. A.* 113, 649, (1939).
- 15) COSTIGAN, S. M.: A bacteriologist looks at chlorine, *J. Am. Water Works Assoc.* 34, 353, (1942), apud. *Chem. Abst.* 36, 3301, (1942).
- 16) CRAIG, C. F.: The pathology of amebiasis in carriers, *Am. J. Trop. Med.* 12, 285, (1932).
- 17) CRAIG, C. F., e FAUST, E. C.: *Clinical Parasitology*, Lea & Febiger, Philadelphia, (1945).
- 18) DE RIVAS, D.: Amebiasis of the uterus, *Am. J. Trop. Med.*, 24, 185, (1944).
- 19) DOBELL, C.: (Annotation), Amoebae in Britain, *Lancet*, 2, 538, (1948).
- 20) FAUST, E. C.: The incidence and significance of infestation with *E. histolytica* in New Orleans and the American tropics, *Am. J. Trop. Med.* 11, 231, (1931).
- 21) FAUST, E. C.: The chemotherapy of intestinal parasites, *J. A. M. A.* 117, 1331, (1941).
- 22) FAUST, E. C.: Effect of drugs on the alimentary tract, *J. A. M. A.* 117, 1336, (1941).
- 23) FRANCO DO AMARAL, A., e AVILA PIRES, C.: Healthy carriers of *Endameba histolytica* cysts, *J. A. M. A.*, correspondence, 123, 650, (1943).
- 24) GELLIS, S. S., e STOKES, J., Jr.: The methylene blue test in infections (epidemic) hepatitis, *J. A. M. A.* 128, 782, (1945).
- 25) GUREVITCH, J., e DELIGHTISH, J.: *J. A. M. A.* 134, 205, (1947), Survival time of *Endameba histolytica* in feces, (Foreign letters).
- 26) HAKANSSON, E. G.: *Dientamoeba fragilis*, a cause of illness, *Am. J. Trop. Med.* 16, 175, (1936).
- 27) HAKANSSON, E. G.: On the effectiveness of carbarsone as a remedy for amebiasis, *Am. J. Trop. Med.* 18, 245, (1938).
- 28) HAKANSSON, E. G.: The use of aqueous smears in the examination of feces for intestinal protozoa, *Am. J. Trop. Med.* 22, 325, (1942).
- 29) HAWE, P.: The surgical aspect of intestinal amebiasis, *S. G. O.* 81, 387, (1945).
- 30) HILL, K. R.: Laboratory diagnosis of intestinal amoebiasis, *Lancet*, 1, 903, (1947).
- 31) HINMAN, E. H., e KAMPMEIER, R. H.: Clinical intestinal amebiasis, *Am. J. Trop. Med.* 17, 263, (1937).
- 32) HOWARD, J. T.: Clinical significance of carrier state in amebiasis, *Am. J. Digest. Dis.* 6, 506, (1939), resumo em *J. A. M. A.* 113, 2267, (1939).
- 33) *J. A. M. A.* 112, 2085, (1939), Nurse as carrier of amebas, (Answer).
- 34) *J. A. M. A.* 134, 1577, (1947), Queries and minor notes.
- 35) *J. A. M. A.* 139, 346, (1949), Amebiasis (Answer).
- 36) LEWIS, P. J., e LOW, J. H.: Amebiasis in Yakima Valley, *N. W. Med.*, 41, 52, (1942), resumo em *J. A. M. A.* 119, 295, (1942).

- 37) LOPES PONTES, J.: Incidence of amebiasis and giardiasis in Rio de Janeiro, J. A. M. A. correspondence, 130, 171, (1946).
- 38) MACHADO, P. A.: Introdução à terapêutica pela Garlicina, Bras. Med. 62:38-(39), 3338, (1948).
- 39) MATEER, J. G., BALTZ, J. I., MARION, D. F. e HOLLANDS, R. A.: Treatment of amebiasis by combined method — statistical end results (oral administration of carbarsone and retention enemas of chiniofon), Am. J. Digest. Dis. 7, 154, (1940), resumo em J. A. M. A. 114, 2413, (1940).
- 40) MELENEY, N. E., e FRYE, W. W.: Practical value and significance of the complement-fixation reaction in amebiasis, Am. J. Pub. Health, 27, 505, (1937).
- 41) MONAT, H. A., e HERTNER, J. E.: Intractable amebiasis, Mil. Surg. 99, 310, (1946), resumo em J. A. M. A. 132, 1108, (1946).
- 42) MORSE, E. M., e SEATON, S. P.: Amebic infection of the vagina and uterus, Am. J. Trop. Med. 23, 325, (1943).
- 43) MUSGRAVE, W. E.: A clinical study of amebiasis, Am. J. Trop. Med. 11, 469, (1931).
- 44) OCHSNER, A. e De Bakey, M.: Surgical consideration of amebiasis, Int. Abst. Surg. 69, 392, (1939).
- 45) PAZ, O.: Amebíase do útero, Rev. Sudam. Mort. 3, 89, (1945), apud. Res.Clin. Cient. Abril 1, 171, (1946).
- 46) PONTES, J. F.: AMARAL, D. F., e PIRES, C. A.: Amebíase, estudo etiopatogênico, clínico, terapêutico e epidemiológico. Publicação da Universidade de São Paulo, (1947).
- 47) PONTES, J. F.: Enterocolites crônicas, Edit. Renascença S. A., São Paulo, (1947).
- 48) PONTES, J. F., JAMRA, M. e SILVA, A. C.: Amebíase, Cia. Melhoramentos de São Paulo, (1941).
- 49) PONTES, J. F., e FAVA NETO, C.: Contribuição para a propedêutica do intestino delgado e estudo de sua flora microbiológica, O Hospital, 26, 935, (1944).
- 50) ROTHAMAN, M. M., e EPSTEIN, H. J.: Clinical symptoms associated with the so-called non-pathogenic ameba, J. A. M. A. 116, 694, (1941).
- 51) SAPERO, J. J.: Clinical studies in non-dysenteric intestinal amebiasis, Am. J. Trop. Med. 19, 497, (1939).
- 52) SAWITZ, W. G., e FAUST, E. C.: The probability of detecting intestinal protozoa by successive stool examinations, Am. J. Trop. Med. 22, 131, (1942).
- 53) SILVA MELLO, L.: A amebíase e o sinal do hipogástrico esquerdo subjeetivo, Rev. Bras. Med. 5, 516, (1948).
- 54) SILVERMAN, D. N., e LESLIE, A.: Intractable amebic colitis, J. A. M. A. 129, 187, (1945).
- 55) SMITH, N. D.: Complications peculiar to ulcerative diseases of the colon, Col. Pap. Mayo Clin., 39, 139, (1947).
- 56) TYZZER, E. E., e GEIMAN, Q. M.: Ingestion of red blood cells by E. coli and its significance in diagnosis, Am. J. Hyg. 28, 271, (1938).
- 57) WENRICH, D. H., STABLER, R. M., e ARNETT, J. H.: Endameba histolytica and other intestinal protozoa in 1060 college freshmen, Am. J. Trop. Med. 15, 331, (1935).
- 58) WENRICH, D. H., e ARNETT, J. H.: Results of a protozoological survey of food handlers at a Professional School in Philadelphia, Am. J. Trop. Med. 22, 107, (1942).
- 59) WRIGHT, A. W., e COOMBES, A. E. R.: Treatment of amoebic dysentery, Lancet, 1, 243 (1948).

DACORENE



nas cardialgias...

Nova medicação de síntese, o DACORENE
é dotado de ação eletiva contra
ANGORES PECTORIS
por lesões coronárias com arterite e com
insuficiência ventricular esquerda.



A large, stylized, cursive signature or logo, possibly representing the manufacturer or a medical professional, located at the bottom left of the advertisement.

A marca de confiança

R 78 - 448 - PANAM.

PRODUÇÃO MÉDICA DE SÃO PAULO

Associação Paulista de Medicina

DEPARTAMENTO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL,
em 4 de março de 1949

Presidente: Prof. João Alves Meira

Anomalias em ovos de anofelinos — Drs. Renato R. Correia, Gabriel R. Ramalho, Aracy A Aguiar e Jessy Pascale. Os autores ressaltaram a importância que apresenta o estudo das anomalias dos ovos de anofelinos pois que várias espécies e sub-espécies poderão ser descritas baseadas em tais diferenças morfológicas. Estudando 813 oviposições, com um total de 80.846 ovos, constataram anomalias em ovos de "A. tarsimaculatus" ("A. aquasalis"), "A. A. otrolei", "A. argyritarsis", "A. darlingi". Com referência ao "A. darlingi", observaram que Root descreveu essa espécie baseado em uma forma anômala na qual o colarinho cefálico se apresenta estreitado.

Comentários: Dr. Dácio Amaral:
Pergunto quantas vezes os autores

encontraram a forma anômala descrita por Root para o A. darlingi.

Dr. Renato Correia: Em 99 posturas desse anofelino apenas uma vez deparei com tal anomalia.

Febre canicola no homem (Leptospirose canicola). Dr. Marcelo O. A. Correia e Prof. João Alves Meira. Os autores apresentaram a observação de um caso de febre canicola no homem que julgam ser o primeiro estudado no Brasil. O quadro clínico revestiu a forma de icterícia catarral benigna. O diagnóstico foi estabelecido por meio de provas sorológicas (reação de aglutinação para "Leptospira canicola") feitas na fase inicial e na convalescença da infecção. A soro-aglutinação para "Leptospira icterohemorrhagiae", praticada por



Laboratório de HORMOTHERAPIA

Alché

ESCRITÓRIO EM S. PAULO — TEL.: 4-6462

Rua Xavier de Toledo, 84 - 4.º

ESTABILIZANTE

(VIA GÁSTRICA)

Colóides estabilizantes contidos no soro de animais previamente preparados.

Indicado nas frequentes perturbações dispepticas das crianças sujeitas ao alimento artificial. É um poderoso estimulante de todas as secreções externas das mucosas e das glândulas do aparelho digestivo. Impermeabiliza a mucosa do tubo digestivo aos agentes tóxicos e infecciosos. Medicação específica das cólicas.

Doses: UMA AMPOLA ADICIONADA AO LEITE DE CADA REFEIÇÃO.

duas vezes, foi negativa. Os autores sumariaram as principais informações encontradas na literatura sobre os aspectos clínicos e epidemiológicos da febre canicola e fizeram algumas considerações sobre o diagnóstico do caso relatado, frisando a importância de serem consideradas as formas anictéricas da leptospirose canicola.

Comentários: Prof. Samuel Pessoa: Pergunto como foi feita a prova da aglutinação e quais as amostras empregadas.

Dr. Dácio Amaral: Focalizo a questão terapêutica da leptospirose. Lembro que o Prof. Alves Meira em trabalho anterior havia dito que não existia uma terapêutica radical. Solicito informes sobre a ação da penicilina no tratamento atual dessa moléstia.

Prof. Alves Meira: Respondo ao Prof. Samuel Pessoa que a primeira reação de aglutinação foi feita com o soro do paciente no dia da sua internação, na segunda semana da doença. Nessa ocasião, a a soro-aglutinação, foi negativa para "*Leptospira icterohemorrhagiae*". Doze dias mais tarde, nova soro-aglutinação, também para "*L. icterohemorrhagiae*" resultou ainda negativa. Com o mesmo soro a prova de aglutinação foi feita no Instituto Biológico pelo Dr. V. O. Guida com o "*L. canicola*", resultando positiva. Não sei qual seja a procedência da "*L. canicola*" utilizada pelo Dr. Guida mas segundo consta é de origem norte-americana. Mais tarde foi repetida a soro-aglutinação com amostras de culturas de "*L. canicola*" trazidas por um de nós dos Estados Unidos (National Institute of Health, Bethesda) e o seu resultado foi igualmente positivo com título mais elevado. Seis meses depois do paciente ter tido alta, a soro-aglutinação para "*Leptospira canicola*" foi negativa. Quanto ao tempo de persistência da positividade dessas provas diagnósticas tenho a dizer que no caso da moléstia de Weil clássica, a soro-aglutinação para "*L. icterohemorrhagiae*" pode permanecer positiva durante muito tempo: há casos em que a prova de aglutinação

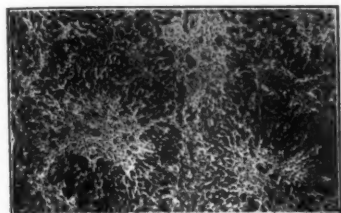
se mantém positiva em título muito elevado um ano após a cura. Quanto à duração da positividade no caso da infecção pela "*L. canicola*", não possuo nenhuma experiência e nada encontrei na literatura consultada.

Dr. Dácio Amaral: Venho empregando a penicilina na terapêutica da leptospirose. Ainda não avalei bem, mas é certo de que esse medicamento não cura de maneira completa. Entretanto, atenua a infecção. Como medidas terapêuticas subsidiárias, uso a hidratação e vitaminoterapia, principalmente com o complexo B. Com essas medidas tenho conseguido a cura dos pacientes. Contudo, a presença de hemorragia é sintoma grave, que impõe prognóstico reservado. Por outro lado, tenho constatado que a penicilinoterapia impede, em parte, o achado de leptospira nos exames de laboratório.

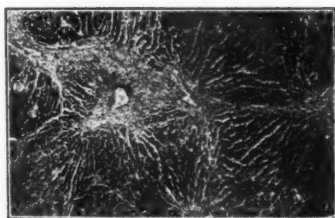
Nova técnica de fixação do complemento para moléstia de Chagas ("Reação quantitativa com antígeno gelificado de culturas de *Trypanosoma cruzi*"). Drs. J. L. Pedreira de Freitas e José Oliveira de Almeida. Os autores descreveram um novo antígeno de extrato de culturas de "*Trypanosoma cruzi*" para ser empregado no diagnóstico da moléstia de Chagas pela reação de fixação do complemento, segundo a técnica quantitativa de Wadsworth e col. O antígeno é preparado com sedimentos de culturas, pelo seguinte processo: 1 — secar no vácuo a partir do estado congelado; — tratar pelo benzeno; — secar em estufa; 4 — suspender em água destilada; 5 — gelificar pelo clorofórmio; 6 — congelar a 30°C. Os antígenos preparados se mostraram: 1 — destituídos de atividade hemolítica; 2 — com atividade anticomplementar e fixadora inespecífica (em presença de soro negativos) somente em altas concentrações e em grau mínimo quando dosadas em presença de 1 ou de 2 unidades de complemento; 3 — com atividade fixadora específica, dosada com 3

METIOCOLIN

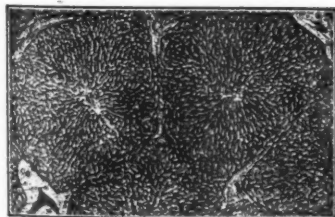
condensa os 5 itens fundamentais da moderna terapêutica das Hepatopatias Difusas:



Hepatite grave (necrose centrolobular, esfâcelo celular).



Regeneração mais intensa (lôbulos de neoformação, hiperplasia epitelial).



Fígado normal, finalmente; é a sequência anátomo-clínica do emprego do METIOCOLIN.

- 1 — A metionina é metabolito fundamental para a constituição normal da célula hepática, graças ao radical metila e ao enxofre que contem.
- 2 — O mesmo acontece com a colina.
- 3 — Metionina e colina corrigem o fígado gorduroso das dietas carentes em proteína, o fígado tóxico do clorofórmio, do tetracloreto de carbono, dos arsenicais e tóxicos diversos.
- 4 — Metionina, colina e inositol constituem os chamados *agentes lipotróficos* conhecidos.
- 5 — Estão associados em METIOCOLIN.

INDICAÇÕES:

- a) Hepatites, hepatoses difusas. Hepatite crônica difusa (cirrose hepática).
- b) Estados de carência, alcoolismo, enterocolites graves, pelagra, avitaminoses.
- c) Infecções biliares. Colangites. Infecções e intoxicações.
- d) Hepatopatia das queimaduras.
- e) Veículo dos arsenobenzois e arsenóxidos; na proteção da anestesia pelos gases.
- f) Como anti-tóxico geral.

COMPOSIÇÃO:

Ampolas de 2 cm³ (intramuscular)

d. l. Metionina	0,06 g
Colina, cloreto	0,25 g
Inositol	0,06 g
Água bidistilada	2 cm ³

Ampolas de 5 cm³ (intramuscular)

d. l. Metionina	0,15 g
Colina, cloreto	0,50 g
Inositol	0,10 g
Água bidistilada	5 cm ³

Ampolas de 20 cm³ (oral e endovenoso)

d. l. Metionina	1,00 g
Inositol	0,10 g
Colina, cloreto de	0,05 g
Água bidistilada	q. s. p. 20,00 cm ³

Comprimidos

d. l. Metionina	0,40 g
Inositol	0,10 g
Colina, cloreto de ... com (5H2O)	0,05 g
Excipiente	q. s. p. 0,90 g

PRAVAZ, LABORATÓRIOS S. A.

RUA JANDAIA, 20 e 30 — CAIXA POSTAL, 2381 — SÃO PAULO — BRASIL
FILIAL NO RIO DE JANEIRO: AV. GOMES FREIRE, 47-49 — FONE, 22-4521

„ EM BELO HORIZONTE: AV. CARANDAÍ, 866

unidades de complemento, em diluições superiores àquelas que mostraram atividade anti-complementar ou fixadora inespecífica; 4 — mantidos congelados a 30°C., durante 3 meses em que estiveram sob observação, estes antígenos conservaram inalteradas suas atividades anticomplementares, fixadora específica.

Entre os sôros examinados, os autores calculam os títulos daqueles que reagiram pelo quociente obtido pela divisão do número de unidades de complemento necessárias para 50% de hemólise no tubo com sôro (0,05 ml), antígeno e complemento pelo número de unidades de complemento necessárias para 50% de hemólises nos testemunhos com sôro (0,05 ml) e complemento (1 ou 2 unidades).

Os autores dividiram os casos examinados em 3 grupos: 1 — Casos parasitológicamente comprovados de moléstia de Chagas; 2 — Casos contrôles, isto é, indivíduos sem esta moléstia; 3 — Casos suspeitos de terem moléstia de Chagas. Os resultados foram os seguintes:

1 — A reação mostrou-se de grande sensibilidade nos casos parasitológicamente comprovados, pois apenas um deu resultado negativo. Neste caso, contudo, a reação foi feita com incubação em geladeira por 4 horas, tendo sido verificado que, com incubação em geladeira por 2 horas seguida de banho-maria a 37°C. por meia hora, havia maiores graus de fixação. Entre estes estados parasitológicamente comprovados, os títulos, calculados pelo critério anteriormente exposto, variaram entre 1,7 e 4,6.

2 — A reação mostrou-se dotada de grande especificidade, pois em nenhum caso em que não houvesse suspeita de moléstia de Chagas, foi obtido título superior a 1,4.

3 — Entre os casos suspeitos de terem moléstia de Chagas pelos antecedentes ou po ponto de vista da sintomatologia apresentada, ao lado de reações negativas, foram obtidas 118 reações com títulos entre 1,6 e 4,8.

Baseados nos resultados verificados nos dois primeiros grupos, os autores consideram as reações nestes casos como positivas quando os títulos foram iguais ou maiores do que 1,9. Julgam que títulos de 1,6 a 1,8 não devem ser considerados negativos, porém interpretados de acôrdo com os outros dados de cada caso em particular. Apesar de os títulos obtidos nos casos parasitológicamente comprovados terem sido baixos (máximo 4,6), atribuem-lhes grande valor diagnóstico porque se reproduziram, com variações muito pequenas, quando repetidos, e porque não foram verificados nenhuma vez entre os indivíduos tomados como contrôle.

Comentários: Dr. Dácio Amaral: Como foi asinalado pelos autores, nas formas agudas da moléstia de Chagas os títulos são baixos; isto parece indicar que o maior valor desta reação está, justamente, no diagnóstico das formas crônicas.

Dr. Mauro Pereira Barreto: Pergunto se esse novo antígeno não poderá ser empregado segundo a técnica de Kolmer, de execução mais simples.

Prof. J. Alves Meira: Sugiro a aplicação desta reação quantitativa no estudo da terapêutica da doença de Chagas. Acho que seria interessante verificar o comportamento desse antígeno em presença de sôros de casos de leishmaniose visceral e tegumentar.

Dr. Pedreira de Freitas: Ao Dr. Dácio do Amaral, digo que realmente para os casos agudos deve-se sempre preferir a pesquisa do "T. cruzi" no sangue periférico. Muniz e colaboradores preconizam uma reação de precipitação, positiva em alta porcentagem nestes casos agudos e só em cerca de 20% dos casos crônicos. Informo ao Dr. Mouro Barreto que empreguei este antígeno pela técnica de Kolmer, porém não obtive resultados satisfatórios, porque o antígeno sendo praticamente desprovido de atividade anti-complementar e fixadora inespecífica e empregando-se na técnica de Kolmer, como em

tôdas as demais técnicas que do-sam o complemento com hemólise de 100%, isto é, com grande excesso de complemento, os resultados serão, em grande número, negativos. Além disso, a técnica quantitativa permite uma padronização muito mais rigorosa dos elementos da reação, o que confere maior segurança aos resultados. Ao Prof. Álvés Meira tenho a dizer que, de acôrdo com a sugestão do Prof. Samuel Pessoa, pretendo aplicar esta técnica para

o estudo da terapêutica da moléstia de Chagas. A dificuldade maior que estou encontrando reside em que os títulos verificados têm sido muito baixos: por isso será difícil acompanhar a sua queda durante o tratamento. Ainda não tive oportunidade de praticar reações na leishmaniose visceral, em vista da raridade de casos desta moléstia em São Paulo; em cêrca de 15 casos de leishmaniose tegumentar, em que pratiquei a reação, sempre obtive resultados negativos.

DEPARTAMENTO DE NEURO-PSIQUIATRIA, em 7 de março de 1949

Presidente: Dr. Francisco Tancredi

O líquido cefalorraquidiano do recém-nascido — Dr. J. Renato Woiski, J. Batista dos Reis e Dra. Helda de Barros. Os autores, após rápida revisão bibliográfica, descreveram as pesquisas feitas em 82 amostras de líquido cefalorraquidiano de 52 recém-nascidos normais, que se subdividiam da seguinte forma: a) 8 casos com três punções (a primeira punção no 1.º dia de vida, a segunda entre o 5.º e o 6.º dia e a terceira após 18 a 28 dias); b) 14 casos com duas punções (a primeira punção no 1.º dia de vida e a segunda entre o 4.º e o 9.º dia); c) 30 casos com uma única punção no primeiro dia de vida ou no fim, da primeira semana. Fizeram, tanto quanto possível, o exame completo do líquor, inclusive a reação de Wassermann que foi sempre negativa, e chegaram às seguintes conclusões: 1 — A punção lombar ou cisternal no recém-nascido oferece dificuldades, exigindo um exercício prévio, com o qual se tem possibilidade de obter líquor na grande maioria dos casos; 2 — O líquor do recém-nascido vem frequentemente de mistura com o sangue em quantidade microscópica ou macroscópica, sendo na maioria das vezes originada pelo traumatismo da agulha de punção; 3 — Como regra geral o líquor é xantocrômico na primeira semana de vida tendendo a tornar-se incolor após 20 dias; 4 — A presença de retículo

fibrinoso pode ser observada em alguns casos no líquor do recém-nascido; 5 — A citologia global normal é representada por 0 a 24 células por mm³; 6 — A taxa normal de protinas no primeiro dia de vida varia de 0,25 a 1,58 gr, por litro. Após 3 a 4 semanas há franca tendência para a igualdade com o padrão normal do adulto; 7 — A taxa de cloretos, expressa em NaCl, é de 7,02 a 7,49 grs por litro; 8 — A taxa de glicose varia entre 0,42 a 0,78 grs por litro, constantando-se nos primeiros dias de vida, valores mais baixos comparativamente aos dos dias subsequentes.

Comentários: Dr. Antonio Branco Lefèvre — Desejo saber se os autores puncionaram alguma criança nascida mediante cesárea, para verificar se havia xantocromia e presença de sangue.

Dr. José Zacis — Alguma vez tentada a punção ventricular, quando por outra via não foi obtido líquor?

Dr. João A. Caetano da Silva Junior — Desejo também saber se foi tentada a punção ventricular e se nos casos que o líquido era mais próximo do normal havia relação entre o tempo e dificuldade do trabalho de parto e a alteração verificada no líquido. Desejo saber ainda se, nos recém-nascidos após cesárea, o líquido era idêntico aos demais.

Dr. João Batista dos Reis — No conjunto, os comentários feitos focalizaram algumas dúvidas que também temos, tanto que já assumimos o compromisso de continuar esses estudos analisando certos detalhes. O nosso material foi considerado normal, embora dentro d'ele tivéssemos três casos em que foi empregado o forcipe, um caso em que a mãe era luética e um caso em que o parto se deu mediante cesárea. Parece-me que autores argentinos que estudaram o assunto encontraram as mesmas alterações no liquor quer nos casos de partos fáceis como nos difíceis. Não temos dados próprios. Não temos dados quanto aos casos de cesárea, porque, nessas crianças, a punção torna-se mais difícil por serem geralmente oriundas de partos imprevistos e em horas não fáceis de determinar. Quanto à punção ventricular, reconhecemos que, quando há meningite, ela é muito fácil para precoce dilatação ventricular; em crianças normais, não é tão fácil. Nos nossos casos não cogitamos dessa forma de punção e tentamos a lombar ou a cisternal. Quanto à relação entre a alteração do liquor e a dificuldade do trabalho de parto, é outro ponto que não podemos responder, por não termos experiência suficiente, mas autores argentinos acham que, no que se refere à xantocromia, não há relação direta.

A propósito de dois casos de psicose comunicadas com reações anti-sociais de graves proporções

— Dr. Francisco Tancredi — O autor apresentou dois casos interessantes, sendo o primeiro de um paciente que, após consultar um curandeiro, manifestou um estado crepuscular histérico, passando daí por diante a exercer forte influência sobre o ambiente, a ponto de todos os irmãos o julgarem um santo e obedecerem cegamente às ordens que dava, culminando por se atirarem todos num rio, onde vários perderam a vida; preso o principal agente, uma irmã entrou em verdadeiro delírio místico, batendo às portas da prisão para re-

clamar a soltura do "Jesus", enquanto que o réu já se encontrava em remissão e conciente das graves consequências daquela brusca e funesta desordem mental. O segundo caso é o de um parafrenico que lentamente induziu entre os familiares de que era ele um predestinado, um novo Messias; foi tal o seu poder sugestivo que pais e irmãos, num delírio coletivo tornaram-se autómatos ante as suas absurdas ordens. Cada um deles foi batizado com nome de santo, e como o réu principal atribuisse a uma irmã a posseção de um mau espírito, foi esta barbaramente espancada até a morte, tomando parte nisso o seu marido, sendo o cadáver colocado num mangueirão de porcos. Neste caso, efetuada a diligência policial, todos recobram o juízo, com exceção do réu que foi recolhido ao Manicômio Judiciário.

Comentários: Dr. Venturino Venturi — Acho que seria melhor a denominação de "psicose induzida" e não psicose comunicada. Penso que, no primeiro caso, o ambiente constituiu fator fundamental, porque tratava-se de uma família de débeis mentais, o que é um fator predisponente. O próprio doente, conforme demonstra a evolução do caso, seria um débil mental. O camponês é essencialmente místico, e isso não é apenas decorrente da falta de cultura mas também das dificuldades que encontra na própria lavoura para explicar pragas, variações climáticas, etc. Dêsse modo, não tendo a que recorrer, recorre ao seu misticismo, ao espírito mágico, surgindo daí as divagações de ordem mística.

Dr. Paulo Fraletti — Não estou de acordo com o autor quando diz serem as psicoses induzidas mais frequentes nos meios rústicos. No caso do padre de Poá, muita gente civilizada foi visitá-lo. E, ainda hoje, temos a oportunidade de assistir a festas de caráter místico coletivo — "noite de S. Paulo", "noite de Nossa Senhora" — onde muita gente bastante culta está presente.

Entero- Vioformio "Ciba"

Iodocloro-oxiquinoleína + Sapamina

**Quimioterapia eficaz
de todas as afecções intestinais
infecciosas e parasitárias**

**Tratamento específico da
Disenteria amebiana
e suas conseqüências**

**Na amebíase crônica, o tratamento
combinado, oral e por clisteres, constitui
o método de eleição**

Profilático

Curativo



**PRODUCTOS CHIMICOS CIBA S. A.
Rio de Janeiro - São Paulo - Recife**



Dr. Francisco Tancredi — O que disse o Dr. Fraletti não corresponde bem ao que eu disse. Desde que o meio seja pouco culto, há tendência ao misticismo e grande poder de sugestão. Nos meios rurais vemos o delírio místico porque existe aí menor soma de conhecimentos sobre os problemas universais, levando os indivíduos a delirar sobre o que lhes é mais comum. É conhecida a velha frase: "Cada um delira com aquilo que possui". No campo, o grau de cultura é pequeno e aí se delira, por exemplo, com problemas de religião etc. Mas o "delírio da psicose mística" pode ser encon-

trado nos meios mais cultos e elevados. Quanto ao que disse o Dr. Venturi, as duas expressões são sinônimas e também é certo falar-se em "psicose induzida" como também usei no meu trabalho. Entretanto, alguns autores não acham assim, porque esse termo dá muita força ao elemento indutor. Discordo do comentador quanto à debilidade mental, pois o paciente não era um débil e o simples oligofrênico não apresenta surtos. Ele era um psicopata predisposto. Quanto ao misticismo do campo é difícil a explicação, pois há meios sem dificuldades de vida nos quais essas perturbações aparecem.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRICIA, em 9
de março de 1949

Presidente: Dr. Francisco Cerruti

Incontinência uretral na mulher

— Dr. Geraldo Vicente de Azevedo — O autor começou por definir o conceito de incontinência urinária, diferenciando-a da enurese. Limitou sua palestra à incontinência uretral, frequentemente observada na mulher, isto é, a incontinência sem vício congênito de conformação, sem fistula, sem infiltração cancerosa e sem lesão nervosa. Estudou a anatomia e a fisiologia do aparelho de fechamento vésico uretral no homem e especialmente na mulher, descrevendo as duas alças musculares descritas por von Lüdighausen e que constituem o esfíncter liso, o aparelho de sustentação pela fásia pubo-vésico-cervical e outros fatores que também concorrem para o fechamento vésico-uretral. A incontinência uretral é devida a uma lesão do aparelho de fechamento vésico-uretral, ou dos seus meios de fixação e resulta, na maioria dos casos, de um traumatismo obstétrico. Há outras causas mais raras, como a uretrite, o estreitamento uretral, o relaxamento do aparelho de sustentação sem lesão obstétrica, etc. O autor ocupou-se das modalidades de incontinência uretral, absoluta ou relativa, e do

exame das pacientes, destacando como meios propedêuticos mais importantes a uretro-cistoscopia e a uretrografia. A uretrografia é indispensável nos casos de incontinência uretral, pois permite verificar se existe lesão do esfíncter, ou do aparelho de sustentação, ou de ambos juntamente. Passando à terapêutica, o autor referiu-se à possibilidade de obter resultados temporários com altas doses de estrógenos; a não ser nos raros casos de incontinência por uretrite crônica ou estreitamento, o tratamento deve ser operatório. O autor descreveu as técnicas de que tem experiência pessoal: a plástica muscular direta, a plástica de Goebel-Stoeckel, a modificação de Aldridge, a plástica de Martius, etc., terminando por aconselhar como operações de escolha, a plástica muscular direta e a operação de Goebel-Stoeckel, devendo a respectiva indicação basear-se principalmente, nos dados fornecidos pela uretrografia.

Comentários: Dr. Paulo Schmidt Goffi — Esta comunicação mostrou a importância que tem o tratamento bem orientado e, por outro lado, o valor da profilaxia no que respeita à conduta do partei-

ro no momento do parto, ocasião em que uma proteção exagerada do perineo ou a falta de uma apisiotomia, ou uma compressão maior da porção terminal do aparelho urinário vai proporcionar condições para a instalação de uma incontinência uretral na mulher. Gostaria de ouvir a opinião do autor sobre a incontinência urinária que muitas vezes tenho observado nos primeiros dias de puerpério e que com a simples contemporização termina pela cura espontânea, após algum tempo.

Dr. José Gallucci — Fazemos sistematicamente, no Serviço de Ginecologia da Faculdade de Medicina, a plástica direta e desejo saber se não devemos deixar a operação de Goebell-Stoeckel, para um segundo tempo, caso não tivermos resultados com a plástica. Digo isso porque os casos não são todos devidos à queda da uretra, mas também em virtude da rotura do esfíncter interno, quando da passagem da cabeça fetal pelo estreito inferior.

Dr. Augusto A. Mota Pacheco — O autor é, entre nós, um pioneiro da uretrocistoscopia e uretrografia. Mesmo nos países estrangeiros pouco são usados esses processos para pesquisar as condições da incontinência; entretanto, devem eles ser sistematicamente empregados tais são as vantagens que apresentam.

Dr. Francisco Cerruti — O autor preconiza, para a maioria dos casos, a operação de Goebell-Stoeckel, achando entretanto que, em algumas pacientes, é suficiente a plástica muscular direta do esfíncter interno. Pergunto se existe algum sinal clínico e radiológico que permita saber, previamente, quando se deve recorrer a uma ou outra operação. Há 4 meses operei duas pacientes com incontinência uretral ao esforço. Na primeira pratiquei a operação de Goebell-Stoeckel, precedida pelo tempo obrigatório da plástica muscular direta; esta paciente está curada da incontinência mas apresenta uma eventração ao nível da cicatriz abdominal. No segundo caso, por di-

ficuldades técnicas, não consegui completar a operação de Goebell-Stoeckel e só pratiquei a plástica muscular direta. Esta paciente também está curada até o presente momento e sem eventração. Isso confirma as palavras do autor de que também pode dar bons resultados a plástica muscular direta — operação bem mais simples que a de Goebell-Stoeckel — e, daí, a necessidade de se conhecer os sinais clínicos que permitam indicar uma ou outra intervenção. Tendo em vista esse meu caso de eventração, era minha intenção, em outra oportunidade recorrer à incisão de Pfannenstiel e seguir a técnica de Aldridge pela qual incisam-se os dois retalhos das aponevroses dos grandes oblíquos, sendo a sutura das duas brechas aponevróticas feitas em sentido transversal, obedecendo às linhas de força. Parece que esse pormenor técnico concorre muito para diminuir a possibilidade de eventração pós-operatória. Entretanto, tive a impressão, no decorrer da palestra, que o autor não tem muita simpatia pelo método de Aldridge e pediria que justificasse seu ponto de vista.

Dr. Geraldo Vicente de Azevedo — A incontinência do puerpério é muito frequente e dura pouco mais que o tempo de involução dos órgãos genitais, desaparecendo as mais das vezes. O contrário observamos quando se desenvolve a incontinência anos depois dos partos, pois, com o tempo se vai acentuando o relaxamento dos tecidos pélvicos e do aparelho de fixação uretro-vesical. Quanto à uretrografia, ela revela, nos casos de incontinência, duas espécies de lesões: uma é a do esfíncter, caracterizada pelo alargamento do orifício interno e, a outra, é o abaixamento da uretra, devido à lesão do aparelho de sustentação. As vezes temos apenas alargamento do orifício interno e não abaixamento da uretra e, nestes casos, a simples plástica muscular direta dá resultados. Simples colporrafia anterior poderá, às vezes, resolver o caso. Havendo abaixa-

mento da uretra, é necessário corrigi-lo, fazendo o levantamento uretral e, segundo a nossa experiência, o único processo seguro é o de Goebell-Stoeckel. Os resultados, geralmente, são permanentes; só verifiquei recidivas em 2 casos nos quais havia completa ausência de esfíncter. Acho que praticar a operação de Goebell-Stoeckel num segundo tempo é um descrédito para o cirurgião e não devemos fazê-lo. Devemos usar a cistoureteroscopia e a uretrografia sistematicamente, pois sem isso não temos base para indicar racionalmente o processo cirúrgico. Quanto ao caso de que me referi, em que empreguei a técnica de Aldridge, houve deficiência de retalho, tendo sido feita uma sutura com certa tensão, com mau resultado, de modo que, na nossa experiência, esse método não é nem mais eficiente e nem mais prático que o processo de Goebell-Stoeckel. Nêles os retalhos são sempre inevitavelmente mais curtos, de modo que, sempre que houver abaixamento uretral devemos preferir a operação de Goebell-Stoeckel, fazendo sempre a uretrografia antes de decidir a indicação do processo operatório.

Estudo correlativo da adenomiose e endometriose pélvica, com especial referência à reação hormonal do endométrio ectópico — Dr. Octaviano Alves de Lima Filho e Prof. Emil Novak (Baltimore, E. U. A.). — Os autores apresentaram um estudo histopatológico de 243 casos de adenomiose e endometriose pélvica que foram operados no Departamento de Ginecologia de Bon Secours Hospital (Serviço do Prof. Emil Novak), dentro de um período de 8 anos (1938-1946). As investigações histopatológicas tiveram como objetivo: 1 — estudo correlativo da adenomiose, endometriose pélvica e hiperplasia do endométrio; 2 — estudo da reação hormonal do endométrio ectópico. Nestes 243 casos, a adenomiose foi encontrada isolada em 99 casos, a endometriose pélvica (geralmente ovariana) também isolada em 102, enquanto que nos 42

casos restantes; ambas variedades de ectopia endometrial estavam presentes. Estes três grandes grupos foram subdivididos em subgrupos, de acordo com o quadro histológico revelado pelo endométrio superficial da cavidade uterina nas diversas fases do ciclo menstrual em que a operação havia sido efetuada. Foi possível, assim, realizar um estudo comparativo do quadro histológico, apresentado pelo endométrio superficial no endométrio ectópico. A incidência de hiperplasia endometrial no endométrio da cavidade uterina foi de 36,3% para o grupo de adenomiose isolada, de 9,8% para o grupo de endometriose pélvica isolada, e de 1,1% para o grupo de lesões associadas. A incidência relativamente baixa da hiperplasia no segundo grupo explica-se pelo fato de o útero haver sido removido em apenas 53 casos; em 11 casos apenas o endométrio colhido por curetagem pôde ser estudado microscopicamente. Nos demais 38 casos nem útero nem endométrio haviam sido removidos. Por esta razão não foi possível afastar histologicamente a existência de adenomiose em 49 casos deste grupo.

Cistos foliculares ovarianos foram observados em 40,4% dos casos de adenomiose isolada, em 51,9% dos casos de endometriose pélvica isolada, e em 76,1% dos casos de lesões associadas. Estes achados sugerem haver, do ponto de vista etiológico, certa correlação entre adenomiose, endometriose pélvica e hiperplasia endometrial, apesar da histogênese das duas variedades de ectopia endometrial ser inteiramente diversa. É possível que o hiperestrinismo seja uma das causas responsáveis pelo desenvolvimento dessas lesões.

Quanto à reação hormonal do endométrio ectópico, as pesquisas dos autores vieram demonstrar, ao contrário do clássico conceito hodiernamente admitido, que a mucosa uterina aberrante, na grande maioria dos casos, não reage aos hormônios ovarianos da mesma forma que o endométrio de revestimento da cavidade uterina. É

ANTIESPASMODICO. ANALGESICO

codeína • papaverina • atropina

MEDICAMENTO DA DOR ESPASMODICA E DA TOSSE

GOTAS DE

BELPAR

EFEITO SEDATIVO ENERGETICO E RAPIDO

Codeína (fosfato de)	0,02 g
Papaverina (cloridrato)	0,005 g
Atropina (sulfato de)	0,0001 g
por 1 cm ³	

adultos 25 gotas 3 a 4 vezes ao dia
crianças 8 a 10 gotas 2 a 4 vezes
ao dia, segundo idade.

ESPASMO DIGESTIVO, COLI-
CAS HEPATICA, INTESTINAL
E RENAL, VOMITOS, DORES
E ESPASMOS DOS ORGÃOS
GENITO-URINARIOS.



TOSSES ESPASMODICAS,
COQUELUCHOIDES, ASMATI
FORMES, TOSSES DAS
DOENÇAS PULMONARES
CRONICAS.

LABORATORIOS ENILA S. A. RUA RIACHUELO, 242 - C. P. 484 - RIO DE JANEIRO
FILIAL: RUA MARQUES DE ITÚ, 202 - SÃO PAULO

assim que, na série total de 141 casos de adenomiose, o endométrio ectópico jamais revelou quadro secretor não obstante o endométrio superficial o ter apresentado em 52 casos. Por outro lado, na série total de 144 casos de endometriose pélvica, o endométrio superficial da cavidade uterina revelou reação secretória em 52 casos, ao passo que o endométrio ectópico (geralmente ovariano) exibiu idêntica atividade secretora em 11 casos apenas. No endométrio ectópico — tanto da adenomiose como da endometriose pélvica — predominaram as lesões hiperplásicas e proliferativas. Estes achados demonstraram que o endométrio ectópico é geralmente do tipo imaturo, respondendo aos estímulos de crescimento do hormônio estrogênico, sendo porém refratário aos estímulos diferenciativos da progesterona.

Comentários: Dr. José Cerruti — O trabalho é muito interessante porque estuda, do ponto de vista anátomo-patológico, mais uma faceta do atraente problema da endometriose. Assim, com abundante material, os autores verificaram que o epitélio da adenomiose ou da assim chamada endometriose interna não reage aos hormônios da mesma forma que o da endometriose externa, apresentando esta última uma tendência hemorrágica bem mais pronunciada que a primeira. É mais uma verificação a

favor da tendência em se separar a adenomiose da endometriose externa, mesmo porque, a mesma teoria da metaplasia celônica que explicaria razoavelmente a endometriose externa extraperitoneal não pode ser invocada para a adenomiose. Os resultados dos autores vêm corroborar o critério dualístico de Franke que separa nitidamente a endometriose da adenomiose e que não justifica para esta última afecção o nome de endometriose interna.

Dr. Octaviano Alves de Lima Filho — A refratariedade do endométrio ectópico da adenomiose à progesterona se explica pela própria histogênese do processo, pois a camada basal não responde ao estímulo desse hormônio, e é dela que deriva a endometriose interna. O endométrio ectópico da endometriose interna também não reage à progesterona em grande número de casos. Nas duas modalidades de ectopia endometrial, o endométrio aberrante é, via de regra, do tipo imaturo, reagindo apenas aos estímulos de crescimento do hormônio estrogênico. Ao ler o trabalho eu não quis entrar em detalhes sobre a origem da endometriose pélvica, mas talvez o hormônio estrogênico em excesso, segundo a teoria da metaplasia celônica, seja um dos desencadeantes da prosoplasia endometrióide ao nível da serosa peritoneal, epitélio germinativo do ovário e epitélio mülleriano.

DEPARTAMENTO DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, em 28 de março de 1949

Presidente: Dr. Francisco Cerruti

Sarcoma do útero — Drs. José Gallucci e Antonio Cardoso de Almeida — Os autores, apresentando um caso observado recentemente fizeram uma revisão de outros casos de sarcoma do útero observados na clínica civil do Prof. José Medina, num total de seis casos. O caso que motivou o trabalho tem, de interessante, o fato do sarcoma do útero se exteriorizar com

grande tumoração peritoneal metastática que foi diagnosticada como tumor do ovário. Foi feita a histeretomia total com anexectomia. O exame histopatológico ulterior esclareceu e firmou o diagnóstico de sarcoma do útero.

Comentários: Dr. Francisco Cerruti — Esta comunicação traz à lembrança diversos pontos de ordem prática que desejo ressaltar.

Assim verifiquei mais uma vez que não só o ginecologista como o clínico geral, constantemente lembram que a ascite, na mulher, nem sempre é devida a cirrose hepática mas que pode constituir um sintoma de tumor maligno dos órgãos genitais. Em segundo lugar, é evidente o grande valor do exame histológico de todas as peças operatórias, mesmo daquelas em que não haja a menor suspeita clínica, e sem excluir os polipos do colo do útero. Como muito bem chamou a atenção Licínio Dutra, em trabalho sobre o assunto, devemos abandonar o hábito de torcer os polipos e jogá-los fora, mas fazer sua extirpação cirúrgica até a base de implantação e enviá-los, sistematicamente, ao laboratório cujo exame poderá revelar, por vezes, uma degeneração maligna incipiente, não suspeitada clinicamente. Quanto ao quadro histológico do sarcoma, convém assinalar a possibilidade de confusão com aquilo que Goodall chama de endometriose conjuntiva. Seria uma forma de endometriose com hipertrofia músculo-conjuntiva tão pronunciada a ponto de simular, em alguns casos, uma infiltração sarcomatosa. Como documentação refere-se este autor a 4 mulheres histerectomizadas por sarcoma do útero e observadas dor diversos anos com evolução surpreendentemente benigna; reexaminados com atenção os preparados histológicos, foi verificado que se tratava de endometriose conjuntiva.

Radiopelvimetria (conferência)

— Dr. Eduardo Cotrim — Na radiopelvimetria estão incluídos dois processos: o estudo da forma e das dimensões do canal do parto. Como esse estudo destina-se ao conhecimento da pelve em função de suas possibilidades no curso do trabalho de parto, é interessante verificar, também, o segmento fetal de maior importância, isto é, a cabeça, de modo que a radiopelvimetria abrange, também, um estudo das dimensões do crânio fetal. Passando em revista o conceito atual da radiopelvimetria, o autor lembrou uma frase de De Lee, es-

crita em 1933, mostrando que a situação atual é a mesma, não tendo pois evoluído em nada esse processo tão útil para o conhecimento da pelve antes do início do trabalho de parto. O autor estudou as causas dessa parada evolutiva, apontando o grande número de métodos e a diversidade da interpretação como os dois fatores que mais têm concorrido para a falta da difusão da radiopelvimetria. A necessidade da padronização não se baseia só no terreno dos métodos. Impõe-se, também, padronizar as mensurações pélvicas e escolher a mais útil classificação para a forma da pelve. Passou em revista as medidas lineares e as globais da pelve e do crânio fetal, ressaltando o valor das medidas globais. No estudo dos tipos pélvicos apresentou e discutiu o valor da classificação de Thoms. A classificação de Caldwell e Moloy, com o seu método eminentemente prático foi apresentada, sendo discutido seu valor. Apresentou, também, alguns processos auxiliares para a classificação da pelve por este modo.

Estudando a interpretação da radiopelvimetria, o autor apresentou seus objetivos: 1) determinar se a pelve óssea é de tamanho suficiente para permitir a passagem da cabeça; 2) determinar como se fará a descida. Entre vários critérios adotados na interpretação da radiopelvimetria foram discutidos dois que parecem ser mais interessantes. Pelo critério de Thoms os limites normais das medidas seriam melhor estudados de acordo com os tipos pélvicos. Este critério é baseado no conceito de que a configuração da pelve é de importância capital no mecanismo do trabalho. Oa análise de 500 casos, o autor elaborou uma tabela de limites médios e tornando o C. verdadeiro elemento para classificação, agrupando as pelves em grandes, médias e pequenas. O critério de Allen apresenta bases para previsão, relacionando o curso do trabalho com certas medidas da pelve em grande número de casos bem estudados. Esta correlação,

apresentada sob a forma de gráfico, mostrando as variações das medidas contra a percentagem de trabalhos anormais, traça o gráfico ideal e em seguida o gráfico da área da pelve mostrando a grande semelhança das curvas, o que prova a eficiência da medida. Discutiu a tabela de previsões e seu valor para o prognóstico. O autor apresentou, a seguir, o critério próprio, relacionando as áreas da pelve e da secção máxima do ovoide cefálico (área do bi-parietal) e exprimindo essa razão em termos de percentagem, verificando que o tamanho ótimo da cabeça em relação à pelve é o que se aproxima de 50%; nas proximidades de 70% ou mais, torna-se difícil a passagem da cabeça fetal. Estudando a diferença que existe entre as duas áreas, ou seja o espaço disponível para o pólo cefálico na cavidade pélvica, em percentagem, o autor encontrou a cifra de 50% como medida ótima, sendo as medidas inferiores indicadoras de um espaço cada vez menor, a ponto de levar à distócia. A esta razão denominou relação das áreas, salientando o valor desta relação no estabelecimento da desproporção. Apresentou, também, um índice da relação das medidas da área do crânio fetal e da pelve que denominou índice céfalo-pélvico, discutindo seu valor.

Comentários: Dr. Bussamara Neme — O autor chamou a atenção principalmente para o estreito superior da bacia, não fazendo menção aos estreitos médio e inferior. Parece-me que, à vista dos conhecimentos atuais, deve-se dar maior valor ao plano médio do canal ósseo, pois é particularmente ao nível do bi-ciático que a cabeça fetal estaciona nos partos difíceis. Nesses casos, após expectativa de muitas horas e, às vezes, após práticas as mais variadas por via vaginal, reluta o parteiro em proceder à via alta, apesar de saber que a solução do caso por via transpélvica acarretará lesões extensas para a mãe e feto. Por isso, acredito que a radiopelvimetria poderia ser mais útil se se interes-

sasse mais pelo estreito médio. Parece-me, ainda, que o autor dá valor relativo ao diâmetro sagital posterior. Entretanto, sei que a cavidade sacra tem valor primordial na descida e rotação cefálica. Desejo lembrar, também, que a frase citada pelo autor e da autoria de De Lee parece não ter sido bem interpretada. A desnecessidade da prova de trabalho não pode ter sido referida pelo ilustre parteiro americano, porquanto, para todos nós, ela representa um fato fundamental.

Dr. J. Onofre de Araujo — Também julgo que não há razão em menosprezar o valor da prova de trabalho de parto que deve sempre ser observada.

Dr. Manoel de Abreu Campanário — Um erro comum que tenho observado é o de dar um valor exagerado aos resultados dimensionais referentes à cabeça fetal. Não quero com isso dizer que não se deva dar valor ao esferóide fetal, mas desejo lembrar que ele é muito relativo. Além disso, já se frizou que a plasticidade e maleabilidade do esferóide fetal devem ser levados em conta no prognóstico do parto. Tive a curiosidade de comparar um recém-nato, 24 e 36 horas após o nascimento, as medidas da cabeça obtidas diretamente e na radiografia, e fiquei admirado com as diferenças encontradas. Além do mais, é necessário lembrar que em nenhum caso a cabeça fetal fica tão longe do Potter-Bucky, na radiografia, como se observa em obstetria; daí resultam causas de erro na avaliação dos seus diâmetros. Lembro-me de um caso diagnosticado por um colega radiologista como sendo hidrocefalia, no qual nova chapa tirada em posição lateral deu outro resultado. Neste caso ocorreu um parto normal e certifiquei-me, depois, que a cabeça da criança era ainda um pouco menor do que se esperava.

Dr. Benedito Tolosa — Os comentários precedentes são justificados; naturalmente o autor não pretendeu dar um valor excessivo

ASCORBIRON

TERAPÊTICA PELO ASCORBATO FERROSO
mais Vitamina C, Vitamina B1 e Vitamina B2.

A TERAPÊUTICA PELO ASCORBATO FERROSO, pela sua ótima tolerância, constitui a medicação eletiva nas anemias microcítica e hipocrômica, quer seja por via parenteral ou oral.

HEILMEYER verificou que as preparações compostas de sais de ferro preferíveis, são aquelas que o ion ferro está ligado a um elemento que torne a molécula mais estável, donde o emprego do ASCORBATO FERROSO por ele preconizado.

STARKENSTEIN, em 1927, demonstrou que o ion ferroso apresenta maior vantagem sobre o ferrico no tratamento das anemias.

MAURER & SCHIEDT e PIJOAN, em diversos trabalhos, concluíram que o ASCORBATO FERROSO, age pela libertação gradativa do ácido ascórbico garantindo maior persistência da taxa de Vitamina C no sangue, fato que justifica possuir esse sal atividade tres vezes superior à do citrato de ferro amoniacal.

SZENT-GIÖRGYI, em 1934, verificou, em grande numero de experiencias, que o ion ferroso combinado ao ácido ascórbico é de melhor absorção que o sulfato ferroso, o citrato de ferro amoniacal e o cloreto ferroso.

ASCORBIRON é uma preparação ferruginosa, constituída pela associação do ASCORBATO FERROSO às VITAMINAS ativas do metabolismo e estimulantes das defesas orgânicas e não apresenta os inconvenientes de certos compostos de ferro (obstipação, náuseas, etc.).



INDICAÇÕES

Anemias e anemias secundárias — Convalescença de doenças infecciosas — Na gravidez e no periodo post-partum, como fornecedor de reserva de ferro.

POSOLOGIA E MODO DE USAR

AMPOLAS: 1 a 2 ampôlas ao dia. — Via intramuscular.

DRAGEAS: 2 a 6 drageas ao dia.

XAROPE: 1 colher das de sopa às refeições. A critério médico.

APRESENTAÇÃO

Caixas com 10 ampôlas de 2 cm³. Hospitares com 100 ampôlas.

Vidros com 30 drageas. Hospitalares com 100 drageas.

Xarope: Vidros com 160 cm³.



LABORATÓRIO XAVIER

JOÃO GOMES XAVIER & CIA. LTDA.

Rua Tamandaré, 553 — Cx. Postal 3331 — S. Paulo

Consultores científicos:

Prof. Dr. DORIVAL DA FONSECA RIBEIRO e Prof. Dr. GENESIO PACHECO

DEPÓSITOS: { Rio de Janeiro — Rua da Quitanda, 163
 { Porto Alegre — Rua Dr. Flores, 458
 { Belo Horizonte — Rua Goitacazes, 61

REPRESENTANTES NOS DEMAIS ESTADOS

aos dados que a radiografia obstétrica pode fornecer.

Dr. Francisco Cerruti — Ao convidar o Dr. Eduardo Cotrim para discorrer sobre pelvimetria, tive a intenção de trazer para os obstretas a experiência de um radiologista que muito tem trabalhado sobre o assunto. Devo confessar que quase nada conheço sobre as possibilidades clínicas da radiopelvimetria, por não haver, ainda, entrosamento entre radiologistas e obstretas. Trabalhando separadamente, nem um nem outro, poderá ter conhecimento concreto dos seus respectivos resultados. Como será possível a um radiologista reconhecer um seu diagnóstico errado de proporção céfalo-pélvica, se o parteiro não lhe provar que no parto houve, exclusivamente, uma distócia óssea; e é sabido como, por vezes, é difícil, na clínica, estabelecer-se o tipo de distócia! E' por isso que o critério exato do valor da radiopelvimetria só se poderá obter à custa de mútuo entendimento. A conferência de hoje foi proveitosa nesse sentido. Dos comentários que vou fazer permitirá o autor em que eu não concorde, inicialmente, com a frase de De Lee, quando afirma que a radiopelvimetria dispensa a prova de trabalho, por ser assunto pacífico em obstetria que nunca devemos cessar de trabalhar com vício pélvico sem submetê-las antes à prova de trabalho de parto; esta é uma orientação clínica fundamental. De fato, como bem disse o Dr. Bussamara Neme, hoje em dia está se dando mais atenção às mensurações da escava, especialmente à medida do diâmetro sagital posterior, procurando-se, assim, ter uma idéia da curvatura do sacro e da pequena bacia, visto que, quando ela fôr angustiada, pode constituir fator impeditivo da rotação céfalica, acarretando aplicações de fórceps altamente traumatizantes. Não vejo vantagem para as mensurações radiológicas do estreito inferior porque desde que a soma entre o diâmetro sagital posterior e o bitúbero-isquiático não fôr inferior a 15 cms., as dificuldades

determinadas por êste estreito podem ser resolvidas à custa de uma episiotomia mais ou menos ampla. Um dos pontos críticos para se fazer o diagnóstico de desproporção céfalo-pélvica é a radiocefalometria. Se para o estreito superior conseguimos medidas praticamente exatas, isto se torna muito difícil para a cabeça por se tratar de um esferóide cuja imagem muito deformada dificilmente pode ser corrigida no filme. E' por isso que muitos autores, abandonando a medida dos diâmetros, passaram a estudar mais a morfologia das bacias e, classificando-as em diferentes tipos, procuram estabelecer o mecanismo do parto e prognóstico peculiar a cada uma delas. Tais são as classificações de Thoms e a de Moloy, Caldwell e D'Esopo. Aliás, como até hoje não consegui apreender o valor clínico da clas-apreender o valor clínico da classificação de Moloy, Caldwell e D'Esopo, tão vulgarizada nos Estados Unidos, pergunto ao autor se esta classificação permite estabelecer um prognóstico do parto em relação ao tipo da bacia.

Dr. Eduardo Cotrim — A época ótima para a radiopelvimetria parece-me seja a penúltima semana de gestação. Nessa época a quantidade de raios X usada para as radiografias não operece perigo algum para o feto. Concordo com o Dr. Bussamara Neme que se deva fazer a avaliação dos diâmetros dos vários segmentos do canal do parto. A medida exclusiva dos diâmetros pélvicos é radiopelvimetria. Faço sistematicamente a medida do interespinhoso. Deixo de executar a do sagital posterior porque as verificações mostram que êste diâmetro é igual ou aproximadamente maior do que o conjugado verdadeiro. Disse que não executo essa medida apenas por comodidade e não por inutilidade. Quanto às medidas do crânio, parece-me que não há tanta incerteza assim, pois os trabalhos de Ball e de Hodges mostram que o controle das medidas, antes e depois, imediatamente após o nas-

cimento, apresentam um erro que não vai além de 3%. Citei a frase de De Lee para mostrar que em

16 anos muito pouco ou quase nada se progrediu em matéria de radiopelvimetria.

DEPARTAMENTO DE DERMATOLOGIA E SIFIOLOGRAFIA,
em 11 de março de 1949

Presidente: Dr. Abrahão Rotberg

Inquérito sorológico para o diagnóstico da sífilis realizado na zona do meretrício de São Paulo — Dr. José Martins de Barros — A prostituição é um problema médico-social dos mais complexos. Embora sendo principalmente da alçada do sanitarista, o estudo da prostituição como foco de doenças venéreas também interessa aos sifilógrafos e dermatologistas em geral. Durante os meses de junho e julho de 1947, foi colhido sangue de mulheres localizadas na zona do meretrício de São Paulo. As mulheres que frequentam as ruas dessa zona pertencem a duas categorias: ou são aí residentes ou residem em outra parte e aí vão apenas durante algumas horas do dia ou da noite, a fim de mercadejar o corpo. Constitui-se, assim, uma população flutuante, sendo raras as mulheres que permanecem muitos meses em uma casa, na mesma rua ou na mesma cidade. Mudam frequentemente de casa, devido, principalmente, a desinteligências com as companheiras, e de cidade, a fim de tentar melhor sorte. Apesar dessa flutuação, a população dessa zona está condicionada ao número de casas e ao número de vagas nessas casas, pelo que se conclui que a população recenseada muito se aproxima da verdadeira. Foram examinadas 9 casas na rua Carmo Cintra, encontrando 102 mulheres, sendo de 116 o número de mulheres existentes nessas casas, segundo informações das proprietárias; na rua Aimorés foram visitadas 73 casas e examinadas 535 mulheres, em um total de 576 mulheres existentes; na rua Itaboca, em 40 casas havia 374 mulheres, sendo examinadas 350; na rua Ribeiro de Lima, das 19 mulheres ditas existentes nas 3 ca-

sas percorridas, foram examinadas 13. Número total de mulheres examinadas: 1.000. Em virtude de encontrar duas ou mais casas transformadas em uma única pensão, e algumas em reforma, fui levado a estimar em 140 a 150 o número total de casas da zona do meretrício de São Paulo, com uma população média de 10 mulheres para cada casa, o que dá uma população total de 1.400 a 1.500 mulheres para essa zona.

Das 1.000 mulheres examinadas, 550 eram brancas, 300 pardas e 150 pretas; 923 eram brasileiras, 30 francesas, 25 polonesas, 4 espanholas, 3 húngaras, rumenas, 2 russas, paraguaias, 1 tcheca, 1 lituana, 1 alemã, 1 síria, 1 belga, 1 iugoslava e 1 japonesa. O menor tempo de exercício do meretrício encontrado foi de 25 dias, e o máximo de 35 anos (uma polonesa com 52 anos de idade). A idade mínima encontrada foi de 16 anos (2 mulheres) e a máxima de 55 anos. O maior número de mulheres tinha 25 anos de idade (195), sendo que a média das idades das mulheres estava compreendida entre 20 a 30 anos (73,6%). Foram feitas sistematicamente as reações de Wassermann e Kahn nas amostras de sangue colhidas, sendo as reações realizadas no Departamento de Bacteriologia da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, a cargo do Prof. Lucas Assunção. Nos casos de reações duvidosas era colhido novo material. Foram encontradas 836 reações positivas nas 1.000 pacientes examinadas, o que dá "83,6% de positividade". Dessas 836 mulheres com reações positivas, 362 tinham menos de 4 anos de prostituição, "o que dá 43,3% de casos possivelmente contagiantes". Os resultados encon-

trados estão dentro dos limites mencionados pelos sanitaristas. Gould e Smiley calculam em 60 a

95% de positividade nas reações sorológicas para sífilis em prostitutas de diversos países.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA, em 15 de março de 1949

Presidente: Dr. J. Renato Woiski

Sobre um caso de leucemia aguda (aleucêmica), com células indiferenciadas — Drs. Humberto C. Ferreira e Silveira Lobo — Os autores referiram o caso de uma menor de anos e 4 meses de idade, que três semanas antes do exame hematológico começou a apresentar fraqueza, palidez e anorexia. O exame revelou profunda alteração no sistema hematopoiético. Estado geral precário. Intensa anemia. Presença de células que foram classificadas como linfócitos atípicos. O mielograma revelou 100% de células indiferenciadas. Foi firmado o diagnóstico de leucemia aguda de elementos indiferenciados. Os autores descreveram as células encontradas na medula: células pequenas, com protoplasma escasso e abundante cromatina sob forma de uma rede fina. Observaram ainda nucléolos nos núcleos. Tratava-se de células muito jovens, cuja progenia ainda não está definida. Alguns hematologistas inclinam-se a considerá-las como microhemocitoblastos, o que pouco difere da denominação de células indiferenciadas. A denominação de leucopênica, em lugar de aleucêmica foi preferida pelos autores, que ressaltaram a importância da punção medular para o diagnóstico.

Um caso de reação leucemóide — Drs. Humberto C. Ferreira e Oswaldo Menge — Os autores relataram o caso de uma menina com 2 meses de idade que apresentou febre, palidez, esplenomegalia. Vários exames hematológicos revelaram leucocitose com desvio para esquerda. O mielograma mostrou forte reação de todos elementos da medula (reação eritroblástica e granulocítica), concluindo os autores tratar-se de uma medula normal hiperativa.

A premunição pelo B. C. G. — Dr. Febus Gikovate. — A premunição pelo B. C. G. já de há muito saiu de sua fase experimental. A soma de dados acumulados em todos os países e no Brasil já é mais do que suficiente para derimir tôdas as dúvidas que há alguns anos ainda persistiam. A Conferência Internacional do B. C. G., reunida em 1948 em Paris, comprovou, mais uma vez, a inocuidade do B. C. G. e a sua eficiência contra a infecção. A aplicação do B. C. G., de acordo com as normas atualmente assentes, é necessária em todos os serviços pediátricos, pelos próprios pediatras, a fim de que os mesmos possam adquirir experiência sobre o assunto. O número de trabalhos executados com o necessário rigor científico é muito grande e aumenta continuamente. A análise de todos seria fastidiosa e pouco útil; é preferível examinar alguns, mais recentes e categóricos. Assim, são excelentes as conclusões do trabalho de Joseph Anderson, publicado no *American Revue of Tuberculosis* 18:255, setembro, 1948), que relata a experiência com a vacinação de índios dos Estados Unidos e Alaska, observados, durante um período de 9 a 11 anos. A mortalidade por tuberculose foi de 0,4 e 3,5 por mil pessoas — anos de observação para os vacinados e não vacinados. Também é útil a este respeito o trabalho de Tage Hyge, publicado em *Acta Tuberculosis Scandianava* (21, 1-3, 1947, pág. 1), que estuda uma epidemia de tuberculose em uma escola pública; os alunos formaram 3 grupos — alérgicos, analérgicos e vacinados pelo B. C. G. A exposição ao contágio dos 3 grupos, devido a presença de um foco representado por uma professora, reproduziu uma verdadeira experiência, cujas con-

Laboratórios Novotherápica S.A.
SEÇÃO ORTOPÉDICA



APARELHOS E CALÇADOS ORTOPÉDICOS
APARELHAGEM TRAUMATOLÓGICA E DE FISIOTERAPIA

Oficinas aptas a executar quaisquer pedidos do ramo.

Máquinas importadas diretamente da Europa.

Técnicos especializados nas oficinas do Instituto Ortopédico Rizzoli.

AV. BRIG. LUIZ ANTONIO, 324 - SÃO PAULO - FONE, 3-2833 - CX. POSTAL, 384

seqüências foram estudadas com todo rigor, durante 3 anos consecutivos. Foi verificada a origem tuberculínica em 70 dos 94 alunos tuberculino-negativos, expostos à infecção; 36 dêles mostraram alterações radiológicas tuberculosas. Dêstes últimos, 6 (14,6%) evoluíram para a tuberculose pulmonar progressiva, morrendo um dêles. Dos 106 alunos premunidos pelo B. C. G. e expostos à infecção, somente 2, ou seja 1,9%, adoeceram com tuberculose pulmonar progressiva. Não se observou neste grupo nenhum caso de primo-infecção.

O autor analisou, em seguida, a experiência brasileira que se deve em grande parte a Arlindo de Assis e sua escola. Descreveu as sucessivas modificações introduzidas por Arlindo de Assis, que tornaram a via bucal tão eficiente como a parenteral. Descreveu as diversas técnicas de vacinação. Relatou o estudo de A. de Carvalho e Wilbertho G. Pereira, sobre crianças vacinadas e não vacinadas na mesma família. Lembrou a vacinação concorrente introduzida por Arlindo de Assis, e seus resultados promissores. Mencionou especialmente o trabalho de Eróthides do Nascimento, Adel Alvim e Mario Magalhães da Silveira, publicado na Revista Brasileira de Tuberculose (julho-agosto, 1948, pág. 251), sobre crianças vacinadas e não vacinadas da favela da Praia do Pinto. Neste meio super-infetado, o B. C. G. foi pôsto à prova e saiu vitorioso. A morbidade foi de 20,5% e 24,2%, respectivamente, nos vacinados e não vacinados; a mortalidade foi de 1,7% e 3,8%, respectivamente, nos vacinas e não vacinados. Neste meio, extremamente desfavorável, o B. C. G., embora tenha reduzido a mortalidade a menos da metade, não foi capaz, por si só, de resolver o problema da tuberculose. É um exemplo inofismável da necessidade de se mobilizarem com urgência outras armas do arsenal anti-tuberculoso, e elevar as condições de vida econômico-higiênico-sociais de nossa população.

Comentários: Dr. Humberto C. Ferreira — Desejo saber se a resistência oposta pelos autores alemães ao B. C. G. não está, de certa forma, ligada ao famoso incidente de Loubeck, no qual faleceram várias crianças.

Dr. Febus Gikovate — Absolutamente não. Aquêl incidente foi minuciosamente estudado, por vários autores de renome, do ponto de vista bacteriológico, e os resultados publicados mostraram que naquele caso foram inoculados, em crianças, germes humanos e vivos. Nenhum autor faz referência a êsse fato em estudos sobre o B. C. G.

Dr. Fernando Mesquita Sampaio — Acho que os tisiólogos ainda encontram certa resistência por parte dos pediatras apenas no que diz respeito à vacinação de crianças de maior idade, porque os recém-nascidos são mais frequentemente vacinados. Em um dos Serviços em que trabalho, costume fazer sistematicamente a vacinação pelo B. C. G.

Dr. Febus Gikovate — A questão da premunicação pelo B. C. G. de crianças em idade mais avançada já foi, também, estudada; acho que a vacinação deve ser feita com a mesma intensidade com que é empregada em recém-nascidos. Essa é a orientação atual. Deve-se fazer a premunicação dos analérgicos, qualquer que seja a idade, praticando, entretanto, provas tuberculínicas prévias. Sendo estas provas negativas, deve-se administrar o B. C. G., mas sendo positivas não há vantagem em administrar o B. C. G. Acredito que o uso da vacina não se generalizou, por causa de sua centralização, o que torna impossível atender a toda população. O mesmo tem acontecido com a Liga contra a Tuberculose, onde temos sido procurados por vários parques infantis, que solicitam röntgenografia e premunicação para as crianças, no que não podem ser atendidos, dadas as dificuldades materiais para a realização dum trabalho dessa ordem. Quanto à relação entre a imunidade e alergia, êsse é um dos assuntos mais controvertidos da

imunologia e da fisiologia. Persistem os dois pontos de vista, segundo os quais os dois fenômenos seriam etapas de mecanismo imuno-biológico idêntico à reação antígeno anticorpo; outros acham que os dois fenômenos não teriam nenhuma relação entre si. Outros, ainda, têm uma opinião intermediária. Alguns autores são dualistas e outros permanecem intransi-

gentemente unicistas. Acho que os dois fenômenos estão perfeitamente entrelaçados, correspondendo a fases diversas do mesmo processo imunológico, baseado na reação antígeno-anticorpo. Entre os imunologistas que não são fisiólogos, a maioria é unicista, ao passo que os clínicos são mais dualistas. É assunto muito controvertido e puramente teórico.

DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA, em 17
de março de 1949

Presidente: Dr. Hugo Ribeiro de Almeida

Pridoxina e zumbidos nos ouvidos — Dr. Silvio Marone — O autor apresentou uma série de observações que vem realizando com a aplicação de pridoxina (vitamina B6) em casos de zumbidos nos ouvidos. São casos heterogêneos, pois assim são aqueles em que o zumbido faz parte de conjunto sintomático: um caso de hipoacusia tipo misto, acompanhado de zumbido que vinha aumentando gradativamente em ambos os ouvidos e que cedeu com 5 ampolas de Vitamina B6 de 50 mg. (250 miligr.); um caso de zumbido bilateral, provocado por obstrução tubária decorrente de diferença de altitude, curado com 6 ampolas, tendo havido, também, melhoras acentuadas do estado psíquico; um caso de hipoacusia tipo percepção em que o zumbido bilateral vinha aumentando gradativamente de altura, chegando a ser intensamente doloroso, e que melhorou grandemente com 18 ampolas (900 miligr.); um caso de síndrome cerebelar típico, acompanhado de hipoacusia acentuada, zumbido intenso e tonturas, no qual, a partir da 2.ª ampola de Vitamina B6 (100 miligr.), houve melhoras sensíveis quanto aos zumbidos e tonturas; um caso de hipertensão arterial em que o zumbido era intenso, além de tonturas, vômitos, náuseas, desvio da marcha e nistagmo espontâneo, no qual, a partir do 3.º dia de tratamento com a Vitamina B6 (600 miligr.), houve

notável melhora destes últimos distúrbios, tendo o zumbido diminuído acentuadamente de altura; um caso de comoção labirintica com tonturas e zumbido, que desapareceram por completo após a 6.ª ampola (300 milig.). O autor observou que a ocorrência de processos infecciosos durante o tratamento faz com que o zumbido volte ao estado anterior; passada a infecção, há volta ao estado de melhora anteriormente obtida. Nos casos em que o zumbido é acompanhado de vertigens, a Vitamina B6 parece atuar eficientemente sobre estas últimas. Juntamente com as melhoras para o lado do zumbido, ou mesmo quando estas não se processam, há a assinalar o notável efeito sedativo da droga.

Comentários: Dr. Otacílio Carvalho — Qual o preparado usado?

Dr. Silvio Marone — Temos usado a Vitamina B6 Dutra.

Dr. Rubens Vuono de Brito — O trabalho apresentado tem grande valor; no entanto, o tempo de observação é ainda pequeno para se poder tirar conclusões definitivas.

Dr. Silvio Marone — Além dos casos apresentados, tenho outros em que os resultados não foram satisfatórios. Procurei apresentar, apenas, os casos em que tive bons resultados com essa terapêutica. Ainda não conheço o mecanismo de ação da droga.

Dr. José de Rezende Barbosa — Tenho tido oportunidade de usar esse tratamento, entretanto não obtive resultados concordantes. Em um caso em que fiz o tratamento durante 4 dias, não houve melhora. Em outro caso, em que já há 28 dias venho empregando a piridoxina, o paciente está passando muito bem. Interessante é o problema relativo à ação do medicamento: tratar-se-á de uma inibição da córtex ou haverá acidose local e destruição do neurilema com exposição do nervo? Uma inibição da córtex poderia explicar os fenômenos.

Dr. Ernesto Moreira — Com relação às anamneses, procurei orientá-las no sentido do zumbido do ouvido. Algumas observações são bastante extensas, de modo que fiz referência aos dados que mais interessavam.

Recuperação da voz nos laringectomizados — Drs. Gabriel Porto e José Augusto Arruda Botelho. Após considerações sobre a importância de submeter os pacientes laringectomizados a um treino precoce fazendo-os engolir ar e logo a seguir provocar a eructação, desde que os mesmos já estejam com a ferida operatória cicatrizada, a fim de que estes pacientes não se acostumem apenas com os movimentos dos lábios, o que lhes tira o estímulo para a aprendizagem da voz, o autor apresentou 4 pacientes operados de laringectomia total, três dos quais já falam de maneira satisfatória e já voltaram às suas atividades habituais. O último destes laringectomizados, com menos de um mês de pós-operatório, foi apresentado a fim de demonstrar como começa a se produzir a voz esofagiana. Um outro doente, no qual foi possível fazer apenas a laringofissura para a retirada de tumor, foi apresentado para servir de comparação com os primeiros, de maneira a ficar evidente a maior facilidade deste paciente em sustentar a conversação, além de continuar respirando pela via natural. Os autores concluíram dizendo que, após o início da re-

cuperação da voz do laringectomizado pelo médico que o operou, é aconselhável que o paciente seja encaminhado a um foniatra, a fim de que possa ter um aperfeiçoamento ainda maior da sua voz esofagiana.

Comentários: Dr. Silvio Marone: O trabalho apresentado vem ressaltar a grande função social dos médicos, nestes casos, em que eles não só retiram o mal existente como procuram restituir o doente à sociedade. Entretanto, esse trabalho de aprendizagem dos laringectomizados deveria caber também ao médico especialista que operou, que deve ser um melhor conhecedor da medicina psicossomática, podendo, assim, orientar pedagogicamente os pacientes.

Dr. Plínio de Mattos Barreto: O trabalho por mim apresentado em sessão passada devia ser um complemento deste. Desejo apenas frizar, mais uma vez, a importância de um estudo da psicologia dos laringectomizados, e da sua assistência, não só no pré como também no pós-operatório, pois a recuperação da voz traz grande melhora aos doentes.

Dr. José Augusto Arruda Botelho: Acho, também que o papel do médico é muito importante e que ele deve estar ao lado do doente mas acontece que o número de laringectomizados vai aumentando, o que nos torna impossível dedicar muitas horas do dia a esse trabalho. Creio que essa já não é mais a nossa função pois, quando deixamos o doente, ele já em condições de progredir sozinho.

Surdez otoesclerótica. Seu tratamento cirúrgico — Drs. José de Rezende Barbosa, Mauro Souza Dias e Eduardo Faria Cotrim. Os autores fizeram um apanhado geral sobre o histórico do tratamento cirúrgico da surdez otoesclerótica, realçando o período moderno de sua evolução com os últimos trabalhos de Holmgren, Sourdille, Lempert e Sahambugh Junior. Descreveram a técnica que usaram em seus casos — técnica

original de Lempert — e chamaram a atenção para os diferentes fatores anatômicos, fisiológicos e patológicos que o cirurgião deve ter em mente quando da execução do ato cirúrgico, a fim de evitar os dois inimigos principais do sucesso da recuperação funcional — a osteogênese ao nível da fistula recém-formada e a labirintite reacional pós-operatória. Apresentaram o resultado funcional nos 20 primeiros casos operados na clínica de Otorrinolaringologia da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (Serviço do Dr. Mario Ot-

toni de Rezende), com observação mínima de 5 meses, sendo que alguns operados já há dois anos. Estudaram todos os acidentes possíveis e avaliaram o ganho funcional observado: 4 pacientes pioraram imediatamente nos primeiros dias após a operação; 6 tiveram a fistula fechada já do primeiro ao terceiro mês após a operação; 9 experimentaram melhoras evidentes, variando de 10 a 45 decibels nas frequências da voz conservada, e que perduraram além de 3 meses, alguns com observação já há dois anos.

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA E ELETROLOGIA MÉDICA,
em 22 de março de 1949

Presidente: Dr. Waldo Rolin de Moraes

Tratamento de um caso de otite média crônica pela dielectrólise da penicilina (Nota prévia). Dr. Eduardo Carlos Figueiredo Ferraz. O autor apresentou o caso de um paciente de 2 anos de idade, portador de otite média crônica bilateral, no qual tinham sido infrutíferos tratamentos vários, inclusive penicilinoterapia por via intramuscular e sulfamidoterapia por via bucal. O autor empregou a dielectrólise local da penicilina. Como o processo fôsse mais intenso no ouvido esquerdo, foi este tratado primeiramente; após uma série de quatro aplicações diárias de dielectrólise com penicilina, foi constatado o desaparecimento completo da supuração. Foi iniciado, então, o mesmo tratamento no ouvido direito, completamente curado. A técnica foi a seguinte: limpeza prévia do conduto auditivo externo com algodão seco, para remover o pus existente, sendo o paciente colocado em decúbito lateral, com o ouvido doente voltado para cima; pingar no conduto auditivo externo 2 cm³ de solução aquosa de penicilina contendo 20.000 U.I. e tamponar o conduto com algodão embebido em água destilada, colocando sobre este tampão ou-

tro maior, ocupando a concha do pavilhão auditivo, também embebido em água destilada; sobre o último tampão aplicar pequena placa de metal com cerca de 3 cm² e colocar uma placa embebida em água ligada ao pólo positivo; fazer passar a corrente com a intensidade de 2 Ma., durante 20 minutos. O tratamento não traz o menor desconforto para o paciente.

Comentários: Dr. Feres Secaf: Desejo saber se a otite média pode ser tratada por outro medicamento que não seja a penicilina.

Dr. Aloysio do Livramento Barretto: Pergunto ao autor porque não embebe o algodão que coloca no pavilhão do ouvido com a mesma solução de penicilina que coloca no conduto auditivo; isto porque a água destilada pura não é condutora da corrente e, além disso, a água existente no algodão diminui a concentração da penicilina.

Dr. Eduardo Carlos Figueiredo Ferraz: No tratamento da otite média crônica foi também usado o ião zinco. Uso o algodão embebido em água destilada por economia de medicamento.

DEPARTAMENTO DE TISIOLOGIA, em 23 de março de 1949

Presidente: Dr. Hugo Cerello

Ressecções pulmonares na tuberculose. Considerações sobre 25 casos — Dr. Euricydes de Jesus Zerbini. A experiência do autor consiste em 27 casos de ressecções pulmonares em pacientes tuberculosos. No presente trabalho são apresentados 25 desses pacientes. Os outros 2 foram operados há pouco tempo para serem considerados. Foram feitas 11 pneumonectomias e 14 lobectomias. Os pacientes que mais se beneficiaram com as ressecções apresentavam: a) cavernas antigas sob pneumotórax total e frênico; b) grandes cavernas insufladas do lobo superior com tuberculose brônquica; c) cavernas do lobo inferior; d) lesões residuais sob P.E.P. ou toracoplastia. A ressecção foi tentada, também, em pacientes com tuberculose predominantemente exsudativa; nestes casos os resultados não foram bons; em 5 pacientes, apenas dois curaram-se. A disseminação bronquiogênica da tuberculose foi a complicação pós-operatória mais letal. Em 6 pacientes que apresentaram disseminações, 5 faleceram (83,3%). A disseminação foi mais comum nos casos de tuberculose predominantemente exsudativa. A disseminação foi também mais freqüente nos primeiros casos operados. A técnica operatória contribuiu para diminuir a incidência de disseminações e fistulas brônquicas. Os pontos importantes foram a ligadura do brônquio no tempo mais curto possível e a pleurização do côto brônquico. A mortalidade operatória geral foi de 20%, sendo 14,4% para as lobectomias e 27,2% para as pneumonectomias. Dos pacientes operados, 75% ficaram com baciloscopia negativa. Em conclusão final, a pneumonectomia e

a lobectomia devem ser consideradas como excelentes processos cirúrgicos no tratamento da tuberculose pulmonar, pois permitem alta percentagem de cura em casos que não se beneficiaram com outros processos de colapsoterapia cirúrgica.

Comentários: Dr. Gabriel Botelho: Nas minhas intervenções cirúrgicas tenho feito sistematicamente a toracoplastia corretiva, contrariamente ao que recomenda o Dr. Zerbini. Até agora operei 4 casos, 2 dos quais vão evoluindo bem; em um caso houve reativação da lesão controlateral e, em outro caso, há uma fistula parietal, provavelmente brônquica.

Dr. Horácio Limá Pereira: A meu ver não se deve fazer a anestesia local; a maioria dos casos exige anestesia profunda e não acredito que seja responsável por disseminações; acho que a disseminação é mais provável quando se recorre à intubação endotraqueal.

Dr. Antonio O. de Freitas: Overholt, em trabalho publicado em 1947, confessa não ser tão entusiasta destas ressecções como o era a princípio. Desejo saber se o que o Dr. Zerbini interpreta como dificuldades, a técnica operatória em si ou certos tipos especiais de lesão tuberculosa. Nos 5 casos operados no Instituto Clemente Ferreira, não houve complicação alguma.

Dr. Euricydes de Jesus Zerbini: Até 1943, no Hospital de Jaçanã, só era usada a anestesia local, e posteriormente, a geral, sendo idênticos os resultados em relação às disseminações. Respondendo ao Dr. Freitas, tenho a dizer que são mais difíceis de operar os casos crônicos, com formações fibrosas.

Ovulos de RADON nas vaginites

DEPARTAMENTO DE MEDICINA, em 24 de março de 1949

Presidente: Dr. Horácio Kneese de Melo

Fisiopatologia do diabetes melito — Dr. Antonio Ulhoa Cintra.

A análise dos dados relativos à reserva do organismo em hidratos de carbono revela que a sua quantidade total daria apenas para o consumo calórico de algumas horas. Esse simples fato demonstra a enorme importância da neoglicogênese na regulação do metabolismo hidrocarbonado. Sabe-se que hormônios do lobo anterior da hipófise e da córtex suprarrenal são reguladores desse processo fundamental. O quadro de diabetes melitus pode sobrevir em consequência do exagêro da neoglicogênese, e nesse caso, há insuficiência insulínica apenas relativa. Em regra, se a duração dos estímulos exagerados à neoglicogênese é mais ou menos longa, a insuficiência insulínica passa a ser não mais apenas relatova, mas absoluta. É que as células das ilhotas de Langerhans acabam por se destruir, seja em consequência do trabalho exagerado anterior, seja por lesão direta produzida pelos hormônios referidos que, então, atuam como agentes diabetogênicos. Mais frequentemente, porém, o quadro do diabetes sobrevém, aparentemente, por insuficiência pancreática primitiva, de causa ainda incerta. Neste caso reconhece-se, hoje, o mecanismo fundamental, não mais em falta de utilização periférica dos hidratos de carbono, mas sim, na sua superprodução ocasionada pela ausência de insulina, portanto, em uma intensificação da neoglicogênese e na glicogenólise intensa e rápida. Em ambos os casos as consequências metabólicas serão as mesmas e a sintomatologia correspondente também o será, com uma única diferença que consiste na resistência relativa à insulina dos diabéticos que têm neoglicogênese exagerada induzida pelos hormônios neoglicogênicos. Não se duvida mais, hoje, que a cetose é consequência da exagerada produção de corpos cetônicos devido

à pobreza do fígado em glicogênio, na ausência da insulina. O mecanismo da ação da insulina ainda não é conhecido de forma satisfatória. Sabe-se entretanto, que um dos seus efeitos fundamentais é o de permitir que o organismo realize em níveis glicêmicos baixos, tudo que, na sua ausência, só se realizaria em níveis altos. Parece que o aumento de glicogênese hepática provocado pela insulina em diabéticos, deve ter algum mecanismo particular ainda obscuro pois, em indivíduos normais, o efeito oposto é o que se observa usualmente. Recentemente, Gori pôde demonstrar, pela primeira vez, atividade da insulina in vitro, observando que ela inibe hormônios da hipófise anterior e suprarrenal que, por sua vez, são capazes de inibir a hexoquinase, necessária para a síntese de glicogênio a partir da glicose. Mas é claro que isso não é o único efeito da insulina.

Estado atual da terapêutica do diabetes — Dr. Emilio Mattar.

O autor não forneceu resumo; por essa razão não são publicados os comentários que o trabalho provocou.

Estudo estatístico e crítico da hemossedimentação com os anticoagulantes usuais, antes e após o almoço e comparativamente nos tubos de Wintrobe e Westergreen — Drs. Michel Abu Jamara, Mario Lepolard Antunes e Fernando Teixeira Mendes.

Os autores realizaram um estudo estatístico em 40 pacientes não selecionados, internados em diferentes serviços do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, verificando a hemossedimentação de cada caso, antes e após o almoço, com 3 anticoagulantes (heparina, mistura de Paul-Heller e citrato de sódio a 3,8%) e comparativamente nos tubos de Win-

trobe e Westergreen, com leituras em milímetros, feita após uma hora, chegando às seguintes conclusões: 1 — E' indiferente, em qualquer dos tubos e usando qualquer dos anticoagulantes, realizar a prova antes ou depois do almoço; 2 — E' indiferente em qualquer dos tubos, usar qualquer dos anticoagulantes; 3 — Há diferença significativa entre os tubos de Wintrobe e Westergreen, sendo preciso saber em que tubo foi feita a análise. Se se toma como base o tubo Westergreen os resultados, em média, são superiores em cerca de 17,8 milímetros àqueles obtidos com o tubo de Wintrobe. Foram apresentadas as tabelas dos resultados obtidos e o desenvolvimento das análises estatísticas realizadas.

Comentários: Dr. Gastão Rosenfeld: Seria interessante saber as horas em que foram feitas as colheitas do material. Há trabalhos, já de 1928, demonstrando que há variações durante o dia, mas não foram feitas estatísticas. Quanto à parte referente aos anti-coagulantes, as conclusões dos autores diferem do que é geralmente aceito. Trabalhos minuciosos, em que foi usado o oxalato de potássio, apresentam resultados diferentes daqueles observados com citrato de sódio. Tenho trabalhos, em que foi encontrada uma diferença de 60%; ora é o citrato que sedimenta mais, ora é o oxalato, mas, geralmente é o oxalato que mais sedimenta e o que mais merece confiança. São estranhas as conclusões apresentadas a este respeito e julgo que haver certa relutância para aceit-las. Talvez com maiores detalhes, seja mais esclarecida a questão. Outro ponto interessante é o número de horas decorrido após a colheita do material. Num trabalho que realizei, usei 3 tubos, servin-

do-me de um em cada hora determinada e nêle determinei a hemossedimentação. Em técnicas rigorosas parece que não se deve utilizar o sangue depois de 3 horas da colheita, e daí as causas de erros e os resultados discordantes geralmente obtidos. Outro fato interessante que não posso explicar é que colheitas retiradas com oxalato sedimentavam mais do que quando colhidas com o citrato, mas depois de algumas horas os resultados igualavam-se os dois tubos eram agitados o mesmo número de vèzes. Esse é um reparo que posso fazer quanto à parte técnica desses processos; tenho a impressão de que, para o futuro, a tendência será a de desprezar a técnica do citrato; o trabalho apresentado é um bom passo para o uso da heparina. Outra ressalva é sobre a hora para a colheita do material: não há necessidade de se colher em 1 hora determinadas do dia. Acho que os resultados obtidos pelos tubos de Wintrobe e Westergreen, são muito discordantes, de modo que gostaria de examinar os dados numéricos, para ver se há algum resultado que possa esclarecer o assunto.

Dr. Horácio Kneese de Melo: Quanto tempo depois de almoço foi colhido o material?

Dr. Mario Lepolard Antunes: O nosso trabalho foi feito com mistura de Paul-Heller, que tem a vantagem de evitar a ação que o oxalato sozinho tem sobre o volume globular. Talvez seja essa a explicação porque devemos usar a heparina e o oxalato. O material foi sempre trabalhado logo após a colheita. A diferença obtida pelos dois processos é de cerca de 1%; o quociente não está determinado. O material foi colhido, mais ou menos, até 2 horas depois do almoço.

Evite os males da ociosidade, procurando trabalhar e praticando assiduamente um esporte qualquer — SNES.

UM COLAR DE DENTES DE ALHO...

...era pendurado, antigamente, ao colo das crianças, entre os povos mediterrâneos, para prevenir e curar uma série de males reais e imaginários.



Após 7 anos de pesquisas... surge GARLICINA

Princípio antibiótico do "Allium Sativum, L", descoberto e estudado pela equipe do Laboratório de Pesquisas da Cia. Johnson & Johnson do Brasil, em S. Paulo. Uma descoberta 100 % brasileira.

- Ativo por via oral contra as bactérias do grupo coli-disentérico: *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae* (Shiga), *Shigella paradysenteriae* (Flexner, Hiss, Sonne, etc.) *Salmonellas* e *Ebertella typhi*.
- Não é destruído pelos sucos digestivos.
- Rápidamente absorvido, difunde por todo o organismo e começa a ser lentamente eliminado 2 horas depois de administrado.
- Elimina-se pela bile e pela urina sob forma ativa.
- Toxidez praticamente nula: doses 100 vezes superiores à dose terapêutica não produzem manifestações tóxicas.
- Não tem contra-indicação.
- Ativo também sobre as infestações amebianas.

INDICAÇÕES:

Tódas as infecções intestinais, biliares, urinárias, etc., por bactérias do grupo coli-disentérico. Amebíases.

APRESENTAÇÃO:

Em frascos de 60 drágeas, dosadas biologicamente, contendo cada drágebra 10 unidades de GARLICINA.

Cia. Johnson & Johnson do Brasil

AV. DO ESTADO, 5459 — S. PAULO
INDÚSTRIA BRASILEIRA

Outras Sociedades

Associação Paulista de Medicina

— Departamento de Higiene e Medicina Tropical, sessão de 4 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) dr. Mauro Pereira Barreto — “Duas novas espécies de “Phacotabanus” Lutz (Diptera, Tabanidade)”; 2) drs. Renato Correa J. Pascale, G. R. Ramalho e A. A. Aguiar — “Anomalias em adultos de anofelinos”.

Departamento de Neuro-psiquiatria, sessão de 6 de agosto de 1949, ordem do dia: “Fatores emocionais nas úlceras gastro-duodenais” — prof. Angel Garma.

Departamento de Dermatologia e Sifilografia, sessão de 11 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) drs. Domingos de Oliveira Ribeiro, José Augusto Soares e Luis Dias Patrício — “Da ação da vitamina “A” no purpuro trombocitonico. Apresentação de um caso.

Departamento de Pediatria, sessão de 12 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) dr. Antonio Branco Lefreve — “Encefalopatia por sarampo. Considerações em torno de um caso”; 2) prof. Ribeiro do Valle e dr. Roberto Aídar Aun — “Virilismo por tumor de supra-renal”.

Departamento de Patologia, sessão de 16 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) dr. Milton do Amaral — “Propriedades coligativas das soluções Crioscopia”.

Departamento de Radiologia e Eletrologia, sessão de 22 de agosto de 1949 ordem do dia: 1) dr. Feres Secaf — “Úlceras gastro-duodenais” 2) dr. Fernando Chammás — “Perfurações esofagianas; 3) Apresentação de casos interessantes de radiodiagnósticos.

Departamento de Tisiologia, sessão de 23 de agosto de 1949, ordem do dia: Prof. José Martins Costa — Tratamento da ciste tuberculosa.

Departamento de Medicina, sessão de 24 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) drs. J. Reinaldo

Marcondes Rubens M. Montenegro, Ariosto Martinari Oscar Teixeira e Americo dos Santos — “Malformação congênita do coração; estudo clínico e anatomo-patológico de um caso; 2) drs. Cassio Vilaça, Horacio Kneese de Mello, Sergio Vilaça Braga Cantido Moura Campos Filho e Ernesto Azevedo — “Angiocardiografia em algumas afecções cardíacas”; 3) dr. Italo Domingos Le Vovi — “Caterismo cardíaco no diagnóstico das malformações congênitas do coração.

Departamento de Urologia, sessão de 31 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) dr. A. A. Motta Pacheco — “Litíase renal post-traumática”; 2) dr. Jarbas Barbosa de Barros — “Ruptura traumática de testículo”.

Centro de Estudos dos Médicos da Divisão do Serviço de Tuberculose, sessão de 27 de agosto de 1949, ordem do dia: dr. Eduardo Etzel — “Resultados praticos de uma viagem à Escandinava e à Suíça”; dr. Hilson Vieira de Souza e José Carlos Silveira — “Epidemiologia da tuberculose infantil em Campos do Jordão”.

Centro de Estudos de Oftalmologia, sessão de 2 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) Sensibilidade ocular — dr. Rubens Belfort de Matos; 2) Físio-patologia da circulação ocular — dr. Renato de Toledo.

....., sessão de 16 de agosto de 1949, ordem do dia: “Hemostáticos em oftalmologia — prof. Moacyr Alvaro.

....., sessão de 23 de agosto de 1949, ordem do dia: dr. Francisco Amendola — “Alterações oculares nas doenças do sangue”.

....., sessão de 30 de agosto de 1949, ordem

do dia: "Líquidos oculares e nutrição dos tecidos não vascularizados do olho" — dr. Arthur Amaral F.

Hospital de Juqueri, sessão de 6 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) — Arteriosclerose; 2) Alcoolismo crônico; 3) Atrofia frontal. Broncopneumonia; 4) Síndrome parafrenico. — drs. Paulo de Barros, Jorge Cozzolino, Renério Fraguas e Mauricio Levy.

....., sessão de 20 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) Estenose aortica. Meningite purulenta; 2) Epilepsia — Atrofia cerebral; 3) Arteriosclerose cerebral — Infarto de miocárdio; 4) Colecistite crônica calculosa — Carcinoma da vesícula biliar; 5) Psicose toxica-infecciosa. Enfartamento hemorrágico do cérebro. — Drs. Otavio L. B. Sales, Jorge Cozzolino, Paulo Fralatti e Gecel Luzer Sterling.

....., sessão de 31 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) — Contravenção das leis penais. Alcoolismo habitual — dr. Rafael de Melo Alvarenga; 2) — Crime de incendio. Esquizofrenico paranoide — dr. Henrique Levy; 3) — Lesões Corporais. Síndrome esquizofrenico ou hemiplegico — dr. José C. Ferraz de Sapeais. Alcoolismo habitual — dr. Mauricio Amaral.

Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia — Regional de São Paulo, sessão de 2 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) — prof. Domingos Define — Astragalectomia no tratamento do pé calcaneo valgo paralítico (com apresentação do doente); 2) — drs. Mario Lazzareschi e Afonso Dante Chiara — Menisco discoide: considerações a respeito de 3 casos (com apresentação do doente); 3) — dr. Nelson da Silva Oliveira — Valor da streptomina no tratamento da tuberculose osteoarticular.

Sociedade Médica São Lucas, sessão de 10 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) — Ciste dermóide ovário em criança de seis anos — dr. Celio Galvão; 2) — As úlceras gastricas e duodenais através dos últimos congressos médicos; dr. Eurico Branco Ribeiro.

....., sessão de 24 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) — Possibilidades terapêuticas do radon — dr. Mario Fonzi; 2) — Novo tratamento de fratura da clavícula — dr. Eurico Branco Ribeiro.

Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sessão de 2 de agosto de 1949, ordem do dia: Médicos e Velhos — dr. Mendonça Cortez.

Sociedade dos Médicos do I.A.P.C. de São Paulo, sessão de 17 de agosto de 1949, ordem do dia: "Novo metodo de dosagem eletrocolotimetrica dos acidos organico totais nas fezes" — Nota prévia. — drs. Manuel Pawel e Merrame Adura.

Sociedade de Medicina e Cirurgia, sessão de 30 de agosto de 1949, ordem do dia: Os fatores emocionais na úlcera gastro-duodenal — dr. Angel Garma.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo, sessão de 17 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) — Encerramento da inscrição aos premios "Oscar Freire" de medicina legal e de criminologia, "Alcantara Machado" de direito penal de 1949; 2) — dr. José Conceição Ferraz de Sales — "Aspectos psico-higienicos dos menores abandonados e infratores"; 3) — dr. Carlos Prado — "Assistencia à infancia e à maternidade na zona rural".

Sociedade de Oftalmologia, sessão de 18 de agosto de 1949, ordem do dia: 1) Impressões do Congresso da Sociedade de Oftalmologia de Paris — dr. Valdemar Belfoit de Matos; 2) Alguns pon-

tos de patologia do corpo vitreo prerretneano é prepapilar — dr. A. Bussaca; 3) Extirpação da glândula lacrimal em portadores de carcinoma irradiados — dr. Jorge Cavalheiro Willmersdorf.

Sociedade Paulista de Leprologia, sessão de 13 de agosto de 1949, ordem do dia: Das sulfonas no tratamento dos doentes em Dispensário — dr. Lauro de Souza Lima.

IMPrensa Médica de São Paulo

Sumário dos últimos números

Anais Paulistas de Medicina e Cirurgia, LVII, maio de 1949, 5. — Considerações sobre sufrimentos cardíacos em 150 avitaminóticos del Hospital General — drs Edmundo Henriquez e Carolina Arellano; A avaliação biológica da "Digitalis purpurea" — prof. Richard Wasicky.

....., LVII, junho de 1949, 6. — Diagnóstico geral das gastropatias — prof. Felício Cintra do Prado.

....., LVII, julho de 1949, 1. Controle de pre-munidos ped B.C.G. — drs. B. Pedral Sampaio e A. B. Nogueira Martins; Ensaio com o Radon em algumas dermatoses — dr. Mário Fonzari.

Arquivos de Biologia, XXXIII, maio-junho 1949, 291. — Síntese microbiana de vitaminas — prof. dr. Henrique Tastaldi; A evolução do Problema Exeperimental e Clínico dos Aminoácidos — prof. F. Varcia; Emprego de machos de "Rana Esculenta" para o diagnóstico precoce da gravidade — prof. A. Carini e prof. E. Cuboni.

Arquivos de Cirurgia Clínica e Experimenta, XI, jan. fev. 1949, 1. — Patogênese y profilaxia del cancer del estômago — Folke Henschén; Cancer gástrico — Conduta operatória do ponto de vista da extensão linfática — E. Vasconcelos e R. Ferreira Santos; Um caso de oclusão intestinal por corda fibrosa. Vestigio de vaso onfomesentérico — Eugenio Mauro e Carmino Caricchio.

Archivos da Polícia Civil de São Paulo, XVI, 2.º semestre, 1948. — Psicologia do testemunho (continuação) — Antonio Leão Bruno; Ensaio para recuperação moral e social da mulher vítima de abusos sexuais — Osvaldo Silva; Notas sobre a identificação dactiloscópica — T. G. Cooke; Oscar Wilde à luz da psiquiatria (Contribuição para o estudo da wildelatria e do estado mental wildeano) — J. Carvalhal Ribas; Cadastro roentgenfotografico da Casa de Detenção de São Paulo — J. Otavio Nébias.

Boletim do Sanatório São Lucas, X, maio 1949, n.º 11 — Heridas de corazón (conclusão) — dr. Humberto Correa Castilho; Um inquérito sobre úlceras do estomago e do duodeno — dr. Eurico Branco Ribeiro; Teste da circulação arterial dos membros — dr. Eurico Branco Ribeiro; Sanatório São Lucas — Décimo aniversário.

....., XI, julho de 1949, n.º 1. — Sifilimetria mediante a reação de Migliano — dr. Migliano; Dois casos de tumor benigno do estomago — dr. Levant Pires Ferraz.

Medicina Moderna, ano II, vol 1., janeiro 1949, 5. — Ectopia lentis com aracnodactilia. Síndrome de marfan — drs. Jacques Tupinambá e Paula Aranha de Azevedo; Tumor do corpocarotidiano — prof. José Maria de Freitas e dr. Henrique Mélega; Contra-indicação da raquianestesia em obstetria — dr. Geraldo V. de Azevedo; Tuberculose e literatura — dr. Maragliano Junior.

Resenha Clínico-Científica, XVIII, maio 1949, 5. — A transfusão substitutiva na anemia hemolítica do recém-nascido — Folco Damentini; A fecundação artificial do ponto de vista médico legal e ético — Vincenzo Mario Palmieri; O beribéri em face da legislação brasileira — Fioravanti Alonso di Piero.

....., XVIII, junho 1949, 6. — Entoxicação cumarinica — Giorgi Domenici; Angiospasmos cerebrais recidivantes por entoxicação tabágica crônica — Paolo Ottonello; Micoses gomocas — Carlos Silva Lacaz.

Revista Clínica de São Paulo, XXV, maio-junho 1949, 5 e 6. — Importância Médica e Econômica dos Tabânidas — Mauro Pereira Barreto.

Revista do Hospital Nossa Senhora Aparecida, II abril, maio, junho 1949, 2. — Alguns aspectos do metabolismo dos hidratos de carbono — Hene Mansur Sadek; Conceitos atuais sobre "diabetes mellitus" — dr. Gustavo Friozi; O colapso circulatório na embolia pulmonar — H. Schwegk.

Revista do Hospital das Clínicas, IV, janeiro 1949, 1. — Considerações sobre a palpação do fígado

e baço — Apresentação de um novo método palpatorio — dr. Ignacio L. Alves Corrêa; Ptose palpebral. (Blefaroplastia pela técnica de Wiener-Lexer modificada) — drs. Roberto Farina e Plínio de Toledo Piza; Tratamento dos distúrbios vasculares periféricos pelo éter endovenoso — drs. Hene Mansur Sadek e Waldomiro de Paula; Orientação no tratamento cirúrgico das cicatrizes retráteis do pescoço — dr. Paula Correia e dd. Darcy de Freitas Vellutini; Sobre um pretenso sinal clínico da apendicite aguda. (Sinal de Consolandi) — drs. Eugénio Maudo e Carmino Caricchio; Polipose familiar multipla do intestino grosso — drs. José Fernandes Pontes, Daher E. Cutait e Oscar Simonsen.

Revista de Medicina e Cirurgia de São Paulo, IX, junho de 1949, 6. — A vagectomia no tratamento da úlcera gastro-duodenal — dr. Arrigo Raia; Novos dados em relação a blastomicose sul-americana e seu agente etiológico — dr. Carlos da Silva Lacaz.

Revista Paulista de Medicina, XXXV julho de 1949, 1. — Estudo sobre a pelagra: I. Formas clínicas e tratamento. Disvitaminoses associadas; II. Aspectos eczematóides — dr. B. Mario Mourão.

VIDA MÉDICA DE SÃO PAULO

Colegio Internacional de Cirurgiões

Eleição da primeira Diretoria — Realizou-se no dia 2 de agosto, na sede da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, uma assembleia dos membros fundadores do Capitulo Brasileiro do Colegio Internacional de Cirurgiões, para discussão e aprovação do estatuto e do regulamento da entidade e eleição de sua primeira diretoria.

A sessão foi presidida pelo prof. Carlos Gama, sentando-se à mesa também os drs. José Avelino Chaves, vice-presidente, e Sebastião

Hermeto Junior, secretário. Depois de lidos os projetos de estatuto e regulamento foram aceitos, com emendas propostas pelos drs. Oscar Cintra Gordinho, João de Oliveira Mattos Antonio Vicente de Azevedo, Adelino de Almeida Prado e Pedro Ayres Netto. Em seguida, com a presença de 27 membros fundadores, passou-se à eleição da diretoria para o bienio 1949-1951, a qual ficou assim constituída: prof. Carlos Gama, presidente; dr. José Avelino Chaves,

presidente eleito; dr. Sebastião Hermeto Junior, vice-presidente; dr. Virgílio A. Carvalho Pinto, secretário; dr. José Soares Batista,

secretário-suplente; dr. Eurico Branco Ribeiro, tesoureiro; e dr. Oscar Cintra Gordinho, tesoureiro-suplente.

Confraternização médica

Homenagem ao fundador de duas sociedades médicas — Numa simpática iniciativa de confraternização médica, reuniram-se a 10 de agôsto, em sessão conjunta a Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa e a Sociedade Médica São Lucas. Por essa ocasião, o presidente da primeira, dr. Carlos Ferreira da Rocha, prestou signimicativa homenagem ao dr. Eurico Branco Ribeiro, fundador de ambas. Foram as seguintes as palavras proferidas naquella reunião pelo dr. Carlos Ferreira da Rocha:

“Exmo. Snr. Presidente de Honra da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa. Exmo. Snr. Presidente da Sociedade Médica S. Lucas. Prezados colegas da Soc. Médica S. Lucas e da Soc. dos Médicos da Beneficência.

Eu quisera que a minha primeira sessão como presidente da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa fôsse consagrada a um entrelaçamento científico, afetuoso e fraternal das duas Sociedades — a que presido e a Sociedade Médica São Lucas.

Fala o coração, fala a gratidão para com Eurico Branco Ribeiro, o pai espiritual das nossas entidades.

A Sociedade dos Médicos da Beneficência, nascida a 15 anos, instalada em de agosto de 1934, tem a sua existência produtiva e culta, sincera e honrada, seu renome firme e respeitada, por ser moldada no carácter sem jaça, nos elevados dotes de espirito e de inteligência, no dinamismo útil e no invulgar cabedal científico de Eurico Branco Ribeiro.

Graças a êle, pôde ser idealizada e gerada num ambiente de dúvidas quanto ao bom sucesso da ini-

ciativa. Graças a êle, nasceu, modesta é verdade, porém sadia. Graças a êle, cresceu forte, orientada e amparada pelo seu saber, carinho e experiência.

Nos primórdios da nossa Sociedade, entretanto, houve momentos em que a fraqueza ou o desanimo lhe ameaçava profundamente a alma parecendo empanar o seu futuro, combalir os seus alicerces e destruir o seu organismo.

Mas, nesses momentos de perigo, Eurico Branco Ribeiro, pai e parainfo, estava sempre ao seu lado, meigo porém de pulso forte, transfundia energia e vitalidade, ofertando esclarecida intelligencia e amadurecida experiência dos vencedores.

Frutos desse talento e notavel operosidade, derramavam-se então como néctar vivificante do mais puro cunho científico e que honram os nossos annais.

Adhemar Nobre, distinto e considerado diretor clínico da Beneficência Portuguesa, já a 12 passado, bem focalizava Eurico Branco Ribeiro, quando dizia: — “Moço, com a sensatez dos encanecidos. Formado não há muito, e já com a maestria dos que pontificam. Olhos ainda sem a bresbiopia da idade e já mais viajados na leitura da ciência que olhos de octogenários sábios”.

Presidente duas vezes, secretário inúmeras outras, tal vulto de serviços apresentou e realizou que a nossa Sociedade houve por bem lhe dar por aclamação e recompensa máxima, qual seja o título de Presidente de Honra.

“Rer, non verba” — fatos e não palavras tem sido o lema e o segredo da vitória de Eurico Branco Ribeiro, condensados nos sábio e honrados exemplos, da vida

pública e privada do seu integro e saudoso Pai.

Colegas da Sociedade Médica S. Lucas e da Sociedade dos Médicos

da Beneficência, sejamos sempre unidos como irmãos, para o bem de todos e para o bem, glória e orgulho de nossas Sociedades.

Beneficência Portuguesa

Sociedade dos Médicos — Em reunião solene, no salão nobre da Beneficência Portuguesa, que se achava repleto de médicos, senhoras e convidados, realizou-se no dia 2 de agosto a posse da nova diretoria da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa. O ato revestiu-se de grande brilho, estando presentes professores da Faculdade de Medicina, diretores da Beneficência Portuguesa e representantes das principais sociedades médicas de São Paulo.

Durante a reunião, o dr. J. Mendonça Cortez, chefe de Clínica Médica do Hospital São Joaquim, proferiu interessante conferência sobre "Médicos e Velhos", trabalho que será publicado em uma das nossas próximas edições.

Ao tomar posse do cargo de presidente, o dr. Carlos Ferreira da Rocha proferiu o seguinte discurso:

"Ao tomar posse do cargo de presidente da Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, sejam as minhas primeiras palavras de agradecimento aos preza-dos colegas, pela honra que me conferiram. Eu bem quizera, nesta solenidade, possuir o encanto da oratoria, o brilho do estilo e a pureza cristalina das idéias, para não usar fraseado descolorido, que só tem de bom a sinceridade.

Muito me desvanee a distinção unânime dos meus colegas, mas é tremenda a minha responsabilidade, pois diretorias ilustres e fecundas me precederam. João Manuel Rossi, o presidente antecessor, cercado de um halo de carinho, respeito e simpatia, querido por seus doentes, admirados pelos seus colegas, estimado por todos, com brilhantismo dirigiu esta Sociedade, dando-lhe vitalidade invulgar. Es-

tudioso e possuidor de vasto cabedal científico, orientador de larga visão, realizador de ação firme e decidida, elevou bem alto o nome da Sociedade dos Médicos e sua presidência será sempre lembrada como modelo.

Entretanto, a minha força, fé e esperança está na cooperação de todos vós associados, apresentando trabalhos científicos, casos clínicos, observações, conferencias ou cursos de aperfeiçoamento. Sem essa cooperação, nada farei de útil e proveitoso. Além do cumprimento exato dos nossos estatutos, cuidarei não só da parte científica, como tudo farei para desenvolver a parte social, para manter o espírito de união e cordialidade, tão tradicional entre os médicos da Beneficência.

Desde a sua fundação, a nossa Sociedade tem sido considerada como filha dileta da Beneficência Portuguesa, da qual recebe e retribue provas de amizade e consideração. Procurarei manter essa norma de cortesia e compreensão.

A Sociedade dos Médicos da Beneficência Portuguesa, comemora hoje o seu 15.º aniversário, pois a 2 de agosto de 1934, neste salão Nobre, realizava-se a sua sessão inaugural. Nascida por inspiração de Eurico Branco Ribeiro, o seu Presidente de Honra, num ambiente, então, de dúvidas, pôde crescer e progredir, desde os seus primórdios, graças ao amparo vivificante do talento e notável operosidade do seu fundador. Os anais da nossa Sociedade, estão repletos desse labor fecundo e do mais puro cunho científico.

O inesquecível e bondoso dr. José Barbosa de Barros, foi o seu primeiro presidente, mas já não mais pertence à comunhão dos vivos. Tendo por escopo elevar e

aperfeiçoar o nível cultural e técnico dos seus elementos, contribue para a grandeza e prestígio científico do Hospital de S. Joaquim.

Senhoras e Senhores. Desde a revolução francesa, a aristocracia de sangue azul vem desaparecendo rapidamente, para ser substituída pela aristocracia do dinheiro. Dividiu-se universo em duas grandes classes. A primeira, a da burguesia capitalista, tudo domina com as alavancas do poder. Ela nada sente, nada percebe, nada compreende, que não seja o amoeirar contínuo do ouro. A segunda é a classe imensa dos proletários e das massas trabalhadoras que vive exclusivamente do seu trabalho, mas nem sempre ganha o indispensável para subsistir. A classe capitalista, vivendo num conforto por vezes excessivo, agarra-se ao privilégio do dinheiro, traz a exploração do homem pelo homem. esquece-se dos problemas sociais, na preocupação da ostentação e do luxo.

Ao lado dessa classe, que tem de mais, está a legião imensa dos que tem de menos. Desse desequilíbrio social, brota a revolta surda dos oprimidos, explorados e humilhados. O grupo fanático dos que consideram "Deus, o veneno e o ópio de um povo", nasce como erva daninha e aproveita-se da situação. Cresce imensamente, apodera-se da Rússia, e atualmente espalha a sua tirania sobre quase metade do mundo.

Extendendo uma cortina de ferro, em torno dos países subjogados, esse partido força todos os seus habitantes, homens, mulheres, velhos ou crianças, burgueses, proletários ou indigentes, obrigando-os ao trabalho compulsório coletivo e a seguir o seu credo político-social.

Desgraçado do que se rebelar, ou apenas se atrazar na tarefa ordenada. Se escapar da força ou do fusilamento, há o "Código do Trabalho Correccional da República Federal Socialista", que os transformará em miseráveis escravos humanos. No combate à avalanche

materialista vermelha, o papa Pio XII, realça a importância dos problemas sociais, considerando que "os que têm posses, devem preocupar-se com os que sofrem privações, para numa paz e absoluta justiça social, seja realizada a doutrina de Cristo".

Neste mundo que se divide e combate, há um admirável povo chegado à plena maturidade cultural e social, mas sempre na mais profunda liberdade e abnegação individual. Num frísante exemplo de concordia humana, de respeito ao passado e à sua tradição, embora, numa terra conservadora, essa gente pensando no bem geral e na grandeza da nação, incorporou ao seu patrimônio social, as mais recentes conquistas modernas do proletariado.

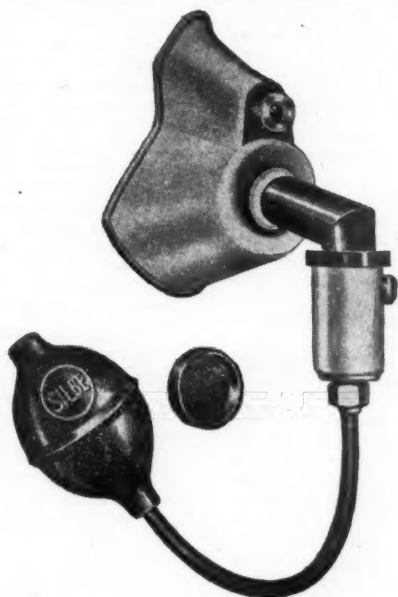
Com o partido trabalhista no poder, nacionalizou o Banco do país, as companhias de transporte ferroviário e rodoviários, as empresas de energia elétrica, a indústria do carvão e a medicina, que passaram para a administração do Estado. Agora, procura esse governo nacionalizar a sua grande indústria siderúrgica. O socialismo realiza nesse país, a nacionalização tendo por lema: "Menos trabalhos, maiores salários e vida mais farta".

Não parece estar dando bom resultado, essa experiência social realizada com o povo inglês, de alto nível cultural e notável padrão de vida. Mas o que sucederia a nós, povo de analfabetos e de baixo padrão de vida, com a nacionalização ou socialização de todas as atividades?

Senhoras e Senhores. A coletividade médica, atravessa hoje, verdadeira e intensa crise econômica. O "Estado Novo" que se seguiu à revolução de 1930, iniciou a socialização oficial da medicina. Criou numerosos serviços de assistência médica, não só para o exército infinito dos seus funcionários federais, estaduais e municipais, como também, para todas as classes trabalhadoras. Esses Institutos e Caixas de Previdência, infiltram-se em todos os sentidos e abrangem todas as camadas sociais, des-

GLYCIRENAN "SILBE"

Preparação de Suprarenal para inalações,
de ação rápida e segura para suprimir ou
evitar um acesso de asma.



Para inalações medicamentosas
(PENICILINA, STREPTOMICINA)
bem como nos estados asmáticos

O INALADOR "SILBE" TIPO 468
é seguro, económico e eficaz.

Modelos: portátil e eléctricos para *Clinicas*

Fabricantes: SILTEN LTD. — HATFIELD - INGLATERRA

Distribuidores: Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.
CAIXA POSTAL, 3127 — SÃO PAULO

de as mais modestas até as mais protegidas de recursos. Aluísio de Castro, em seu notável trabalho sobre a Socialização da Medicina, diz que: "Na defesa da coletividade cabe ao Estado ampliar cada dia a sua ação nos problemas sociais, referentes à saúde, criando institutos de profilaxia e levando a assistência médica, sob tôdas as formas, à quantos que desprovidos de recursos, não a podem buscar por iniciativa própria. Mas, para tanto, se impõe a necessidade de coordenar as relações, entre a prática privada e a oficial, estabelecendo a necessária cooperação, resguardando-se os respectivos direitos e iniciativas".

Os Institutos de Previdência oficiais, peçados de funcionários bem pagos dão ao médico honorários insuficientes para satisfazer as suas necessidades mínimas e para manter um padrão de vida condigno com a sua cultura e situação social.

Portadores de um diploma honroso, que representa 17 longos anos de luta, sacrifício e gastos, fazemos parte da classe imensa dos proletários. Vivemos uma vida de estudo e de proteção à saúde da coletividade, amparando indistintamente, ricos poderosos ou parias miseráveis, num combate tenaz e estafante, de dia ou de noite, expondo-nos a contagios por vezes terríveis e que nos podem aniquilar para sempre.

Não imitamos os burgueses capitalistas, pois nunca alugamos o braço alheio, nem exploramos ou o comerciário, para a custa dêles, juntar ouro ou monopolizar fortunas. A nossa profissão é de um nobre e sagrado sacerdócio, o que não justifica entretanto a exploração do médico sob o pretexto de socializar as suas atividades.

Entretanto, Caixas Institutos e Associações Beneficentes, fazem no Brasil a socialização unilateral da Medicina e no mais baixo padrão possível, pois pagar aos médicos ordenados que reduzidos em unidades, correspondem ganhos inferiores a de muitas profissões braçais.

Assim, o professor Jairo Ramos, analisando estatísticas fornecidas pelos Institutos de Previdência, que pagam 3.300 cruzeiros aos cirurgiões, concluiu ser essa remuneração de apenas 29 cruzeiros e 40 centavos por unidade de serviço, incluídas as mais demoradas e delicadas intervenções!

Quanto aos clínicos, observou que é de 15 cruzeiros e 35 centavos a paga pela consulta. Essas cifras humildes e desairosas dispensam comentários. O médico é um intelectual em continuo aprimorar dos seus conhecimentos técnicos e científicos, mas que exige um padrão de conforto moral e de certo bem estar material, para se dedicar inteiramente ao exercício de sua profissão. O governo e as organizações particulares, pelos seus serviços de assistência social, procuram a completa socialização da medicina.

Nessa concorrência desigual, desaparece rapidamente a clinica privada e não pode também o médico viver exclusivamente do salário infimo que lhe pagar as autarquias. Fugindo ao tormento dos problemas econômicos, muitos procuram outras fontes de renda que a profissão lhes nega. Deixam o estudo e a frequência aos hospitais, desviam-se para o comércio, a indústria e a lavoura bem mais recompensadores, porém, concorrem para o descrédito da profissão e prejuízo real para a coletividade. As estatísticas mostram a precariedade da assistência médico-sanitária no Brasil, não só pelo número de médicos muito aquém das necessidades mínimas, como também, pela deficiência de hospitais.

Enquanto a Inglaterra tem um médico para 930 habitantes e Portugal um médico para 1.890 habitantes, o Brasil conta apenas um médico para 2.800 habitantes. A capital paulista dispõe é verdade de um médico para 850 moradores, mas já, o interior do Estado, só possui um facultativo para 3.100 habitantes e 25 dos nossos municípios não têm médicos residentes.

No seu vasto plano de socialização da medicina, a Inglaterra com população aproximada à do Brasil, destinou a fabulosa verba de 200 milhões de libras esterlinas, que corresponde a cerca de 16 bilhões e 200 milhões de cruzeiros.

Gastando em um ano de exercício, a quantia equivalente a quasi todo nosso dinheiro circulante, o Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra, creou o seguro-doença para todos os cidadãos, porem paga o quanto realmente vale.

Nos Estados Unidos, o projecto de seguro-doença compulsório foi abandonado por exigir imensos recursos financeiros. O projecto Tait-Smith-Ball, muito mais modesto, é apenas uma subvenção à assistência médico-hospitalar, contudo, exige cerca de 5 bilhões de cruzeiros!

Senhoras e Senhores. Aos filhos de Portugal, cabe a invenção das Casas de Misericórdias e Beneficências, num heróico, mas remoto e obscuro tempo, em que não se cogitava da menos assistência médico-social aos doentes e miseráveis párias.

Quasi nos primórdios da Casa de Aviz, Leonor a Rainha Perfeitíssima, cumprindo uma promessa, privou-se de todas as suas joias, alfaías e da maior parte de suas rendas para a construção e manutenção do Hospital das Aguas de Caldas, destinada ao lenitivo e cura de pobres e infelizes doentes.

A Santa Rainha Leonor criou também, a Confraria da Santa Casa de Misericórdia. Desde então, pelos séculos adiante, onde se juntam no mundo, espalham os portugueses sementes de benemerência, que deitam fundas raízes, crescem, florescem em gigantescas obras de caridade. E' a alma lusitana forte, destemida e patriótica, transbordando de bondade esclarecida e previdente, que não encontra peias, nem sesanimo, no afã magnânimo e cristão de ser útil à coletividade.

Assim agiu Luiz Semeão Ferreira Viana, quando humilde caixeirinho de 18 anos, ao idear o início desta grandiosa obra de assistência

social que é a Beneficência Portuguesa. Fundada para proporcionar o amparo médico-social aos desprotegidos da fortuna, a Beneficência tem o coração do português, sempre aberto para a caridade e para o bem sem procurar saber para quem.

A evolução social do mundo, serios problemas criou para as Beneficências e seus médicos. Há 24 anos passados, quando eu ingressara no quadro médico da Beneficência Portuguesa, era possível ao médico, no mais puro e santo sacerdócio, dedicar graciosamente, horas de intenso labor às associações beneficentes. Naquele saudoso tempo, problemas econômicos não havia para a classe médica. Hoje o incrível encarecimento de tôdas as utilidades, para mais de mil por cento, faz seus socios, em geral, remidos com importâncias relativamente insignificante, garantidos por estatutos invioláveis, tem direitos adquiridos sobre tudo o que a moderna medicina pode oferecer-lhes, além de asilo na velhice e auxilio para o enterro.

Todavia, a Beneficência Portuguesa de S. Paulo, dirigida sempre por elementos de escól lusobrasileiros, heróis do trabalho e da dedicação, sempre venceu dificuldades, sempre cresceu, graças aos esforços de diretores e de inúmeros benfeitores, cujos maiores, este Salão Nobre, ostenta os seus retratos.

Também, a nossa velha e querida Beneficência, quasi centenária, graças aos esforços de mais de três dezenas de médicos abnegados e cultos, sob a orientação sabia e cuidadosa de Adhemar Nobre, o estimado e prestigiado Diretor Clínico, tem o seu renome científico, acatado não só em São Paulo, como em todo o Brasil.

Pobres e ricos, aos milhares, aqui aportam para a cura ou lenitivo, vindo por vezes dos mais distantes rincões de nossa pátria. O nosso velho hospital de S. Joaquim para tão grande procura é bem pequeno, mas a brava e filantrópica gente luso-brasileira, não teme iniciativas, e nem responsabilidades.

Assim, em breve será o velho hospital metamorfoseado, no maior monumento particular de assistência, que muito tem revelado dedicação e talvez da América do Sul. A atual diretoria da Beneficência, que muito tem revelado dedicação e operosidade para empreendimento de tamanho vulto, tem ao leme o pulso firme, a inteligência esclarecida e a experiência sempre vencedora do presidente José Coimbra dos Santos Junior.

Quanto a vós senhoras, que quistes florir este Salão Nobre com o encanto e a beleza, a doçura e a virtude, o perfume e a alegria, os meus agradecimentos. Muito grato também a todos vós, diretores da Beneficência Portuguesa, representantes de associações científicas, médicos e amigos, honrando e prestigiando esta para mim inesquecível solenidade. Ao emé-

rito prof Flaminio Favero, parainfo em 1924, da minha formatura agradeço sensibilizado a augusta presença nesta festa.

Meus prezados colegas associados. Sejam unidos no presente e no futuro, como sempre fomos no passado, trabalhando com fé e boa vontade, para o bem de todos, para o bem grandioso da Sociedade dos Médicos da Beneficência e para o bem crescente da Beneficência Portuguesa”.

Depois da reunião, o dr. Carlos Ferreira da Rocha deu uma fina recepção na casa dos seus progenitores.

A nova diretoria está assim constituída: presidente, dr. Carlos Ferreira da Rocha; vice-presidente, dr. J. A. Arruda Botelho; secretário, dr. Moacir Bohn Nobre; tesoureiro, dr. Alfredo Pacheco Junior; e bibliotecário, dr. Adhemar Nobre.

Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo

Sessão do dia 3 de junho — Sob a presidência do Dr. João Alves Mera e secretariada pelo Dr. José Ramos Jor., realizou-se em 3 de junho do corrente mais uma sessão ordinária da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo. No expediente foram lidos os pareceres das Comissões Julgadoras dos trabalhos inscritos para concorrer as vagas existentes nas secções de Medicina Geral, Medicina Especializada e Cirurgia Geral. De acordo com os referidos pareceres, foram eleitos sócios titulares os Drs. Bernardino Tranchesi (Medicina Geral), Sylvio J. Grieco (Medicina Especializada) e Antonio Arrigo Raia (Cirurgia Geral). Foi encerrada uma vaga na Secção de Cirurgia especializada tendo sido aprovada para a mesma a inscrição do Dr. Augusto Amelio Motta Pacheco. Foram aprovadas as inscrições dos Drs. Mario Ramos de Oliveira e Luis Edgard Puech Leão que concorrem a uma vaga na secção de Cirurgia Geral. Fo-

ram abertas as seguintes vagas: secção de Medicina Geral com a transferência do Prof. Jairo A. Ramos para a categoria de sócio Emérito. Uma vaga na secção de Cirurgia Geral com a transferência do Prof. Alípio Corrêa Neto para a categoria de sócio Emérito. Foi aberta ainda uma vaga na secção de Medicina Especializada com a transferência para a categoria de sócio Emérito do Prof. A. C. Pacheco e Silva. Foi prorrogada a inscrição para uma vaga na secção de Medicina Social cuja inscrição fora encerrada em 5-7-48. Foi em seguida projectado um film científico, gentileza dos Produtos Squibb, e intitulado “Sistema nervoso”.

Da ordem do dia constou a apresentação dos seguintes trabalhos:

Dr. Lauro de Souza Lima: “Resultado da terapêutica da lepra pelas sulfonas”.

Dr. Lineu Matos Silveira: “Possibilidades da cirurgia plástica na lepra”.

Sessão de 20 de junho — Sob a presidência do Dr. João Alves Meira e secretariada pelo Dr. Rubens Azzi Leal a Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, realizou no dia 20 de junho de 1949 uma sessão ordinária. A sessão foi aberta pelo Snr. Presidente, dando a palavra ao Snr. Secretário para a leitura da correspondência recebida. Foi acusado o recebimento dos seguintes ofícios.

Um ofício da Sociedade de Gastro-Enterologia e Nutrição de São Paulo, datado de 10 de Setembro de 1948, comunicando que as suas sessões passariam agora a se realizar na Associação Paulista de Medicina, e não mais no prédio da Sociedade de Medicina.

Um ofício da Santa Casa de Santos, convidando a Diretoria da Sociedade e membros para assistires a inauguração do edifício da Escola Nossa Senhora de Lourdes destinada à criança incapacitada recolhida naquele Hospital.

Um ofício da Indústria Química e Farmacêutica Schering S/A, comunicando terem lançado no comércio a Peteína concentrada para profilaxia e tratamento da coquelucha.

Um ofício da Sociedade Médica da Santa Casa de Misericórdia de Barretos, comunicando a eleição e posse de sua nova diretoria.

Ainda no expediente tomou posse o Dr. Bernardino Tranchesi na Sessão de Medicina Geral. Após ler o compromisso de posse, o novo socio proferiu um discurso. Em nome da Sociedade de Medicina, saudou o recipiendário o Dr. Antonio B. de Ulhôa Cintra.

Na ordem do dia falou o Dr. apresentou "Aspectos administrativos do problema hospitalar". Nos comentários falaram os Drs. Francisco Borges Vieira e Silvio Grieco.

Dr. Angel Garma — Esteve em São Paulo o Dr. Angel Garma, fundador da Escola Psicanalista Argentina, que regressou da Europa, onde representou seu país no Congresso Internacional de Psicanálise.

O Dr. Angel Garma fez no dia 30 de agosto uma conferência na Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Por essa ocasião foi-lhe entregue o diploma de membro correspondente da Sociedade, tendo sido saudado pelo socio titular Dr. Silvio Grieco. A seguir, o ilustre médico pronunciou uma conferência sobre o tema "Fatores emocionais da úlcera gastro-duodenal", Presidiu a sessão o Dr. João Alves Meira, secretariando o Dr. Rubens Azzi Leal.

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo

Atividades sociais — Realizou-se no dia 30 de agosto, às 20,30 horas, no Instituto Oscar Freire da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, a sessão ordinária da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo, que foi presidida pelo Prof. Flaminio Favero secretariado pelos Drs. Carlos Prado e Eduardo Guastini.

Lida e aprovada a acta da sessão anterior, foi aceito como socio titular o Dr. José Brandão, advogado nesta Capital.

Falou no expediente, o Dr. Eduardo Guastini sobre a personalidade do Desembargador Dr. Paulo Américo Passalacqua, recentemente falecido. O orador, em palavras sentidas apontou à Casa a vida do ilustre magistrado desaparecido, socio fundador desta Sociedade, que a ela sempre emprestou a sua mais eficiente colaboração. Em homenagem à sua memória, foi inserto na acta da sessão do dia um voto de pesar pela sua morte e extensivo à Exma. Famí-

lia enlutada e levantada a sessão ordinária.

Em seguida, o Sr. Presidente convocou uma sessão extraordinária, dando a palavra ao Dr. Carlos Prado, diretor do Departamento da Criança do Estado, que discorreu sobre a fundação e sobre o trabalho que os postos de socorro à criança estão executando na zona rural de S. Paulo.

Depois, falou o Dr. Ernani Borges Carneiro sobre o enfoque paranoide no P. M. K. de Mira y Lopes. O A., depois de falar sobre o teste, mostrando a sua importância médico-legal, apresentou diversas observações interessantes e bem elucidativas em que o emprego do teste foi de valor.

Hospital das Clínicas

Conferência do Prof. Paulo Holinger — O prof. Paulo Holinger, laringologista e broncoesofagologista da Universidade de Illinois, Estados Unidos, endoscopista de renome mundial, que desenvolveu o cinema endoscópico, visitou o Hospital das Clínicas no dia 31 de agosto.

A convite da administração do

hospital, da Clínica Otorrinolaringológica e da Seção do O. R. L. da Associação Paulista de Medicina, o visitante pronunciou nessa ocasião, no anfiteatro da 2.ª cadeira de cirurgia (Serviço do prof. Edmundo Vasconcelos), uma conferência sobre o tema "Tumores brônquicos", acompanhada de exibição de películas endoscópicas.

Necrológico

Dr. Américo Marinho de Azevedo — Faleceu nesta Capital, no dia 6 de agosto, o dr. Américo Marinho de Azevedo, chefe da clínica obstétrica da Maternidade de São Paulo.

Durante mais de 30 anos, devotou-se o saudoso clínico àquele serviço, demonstrando, ao lado de brilhante competência profissional, extraordinária dedicação aos enfermos. Graças ao seu valor inte-

lectual e a incomum bondade que o caracterizava, grangeou incontáveis amigos e admiradores.

Por ocasião do seu enterramento, o dr. Martins Passos, diretor clínico da Maternidade, teve ensejo de lhe render as homenagens da "Associação Maternidade de São Paulo", salientando, então, em brilhante discurso, os méritos culturais e morais do saudoso extinto.

A Terapêutica eficaz do aparelho circulatório

NATRIFILIN

Coronário-Dilatador — Diurético

CONGRESSOS MÉDICOS

I Congresso Paulista de Hemoterapia

Sua realização — A Secção Paulista da Associação Brasileira de Hemoterapia realizou de 8 a 11 de agosto o I Congresso Paulista de Hemoterapia. Os temas oficiais foram em número de quatro, a saber: 1) Organização de um banco de sangue; relatores: dr. Oswaldo Mellone e dr. Humberto Costa Ferreira; 2) Transfusão de sangue em pediatria: relator dr. A. Biancalana; 3) Aglutininas irregulares e sua importância em transfusão: relatores: dr. F. Ottensooser e dr. Carlos da Silva Lacaz; 4) Profilaxia e tratamento das reações post-transfusionais: relatores: dr. Ruy Faria e dr. Eugenio Marcondes Ferraz.

Além dos temas oficiais, foram apresentados temas livres sobre assuntos de transfusão de sangue, plasma, seus derivados e substitutos.

Foi o seguinte o programa do I Congresso Paulista de Hemoterapia:

Dia 8 de agosto de 1949 — 9 horas — Faculdade de Medicina — Abertura do Congresso. Discurso do dr. Arnaldo Amado Ferreira, presidente da Secção Paulista da Sociedade Brasileira de Hemoterapia, Distribuição dos trabalhos. 20.30 horas — Hospital das Clínicas — 1.ª reunião. Apresentação e discussão do 1.º tema: "Organização de um Banco de Sangue".

Dia 9 de agosto de 1949 — 9 horas — Visita ao Serviço de Transfusão de Sangue do Hospital das Clínicas, 2.ª reunião; Apresen-

tação e discussão do 2.º tema: Transfusão de Sangue em Pediatria; 1.30 horas, Almoço oferecido pelo Instituto Pinheiros, em sua Fazenda, à Estrada de Itapeverica; 16 horas, Visita ao Serviço de Transfusão do Sangue do Hospital Municipal e 3.ª reunião, para apresentação de temas livres; 21 horas, "Cock-tail" oferecido pela Casa Ciba.

Dia 10 de agosto de 1949 — 9 horas — Visita ao Banco de Sangue do Hospital S. Paulo (Escola Paulista de Medicina. 4.ª reunião. Apresentação e discussão do 3.º tema: "Aglutininas irregulares e sua importância em transfusão"; 13 horas — Almoço oferecido pelo Laboratório Paulista de Biologia; 0 horas — Reunião no anfiteatro do L. P. B. para apresentação e discussão de temas livres.

Dia 11 de agosto de 1949 — 9 horas — Visita ao Banco de Sangue da Santa Casa de S. Paulo. Apresentação e discussão do 4.º tema: "Profilaxia e tratamento das reações post-transfusionais. — 13 horas — Almoço oferecido pela Laboroterapica, em Santo Amaro. — 15 horas — Reunião de encerramento no Instituto de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo (Inst. Oscar Freire). Apresentação e discussão de temas livres. Discurso por um colega do interior. Leitura das conclusões finais. — 21 horas — Banquete de encerramento do 1.º Congresso Paulista de Hemoterapia no Automóvel Clube.

— CONTRA DORES —

Troipel

— COMPRIMIDOS —

Homburg



II Jornada Brasileira de Radiologia

Colégio Brasileiro de Radiologia
Realizou-se de 4 a 10 de setembro na cidade de Salvador, Bahia, a 2.ª Jornada Brasileira de Radiologia, sob os auspícios do Colégio Brasileiro de Radiologia fundado em 1948 em São Paulo.

Especialmente convidado pela Comissão Organizadora presidida pelo dr. Adelaido Ribeiro, seguiu desta Capital, o prof. Rafael Penteado de Barros, catedrático de Física Biológica e Aplicada da Faculdade de Medicina e chefe do Serviço de Radiologia do Hospital das Clínicas. Acompanhou o ilustre mestre paulista uma numerosa caravana de radiologistas.

O Prof. Rafael de Barros foi como convidado especial do Governo do Estado da Bahia, que se associou ao certame considerando-o parte integrante das comemorações do 4.º Centenário do Salvador. O Prof. Rafael de Barros organizou a contribuição científica de seus assistentes, estando já inscritos os seguintes trabalhos que foram levados ao grande certame:

1.º — Prof. Rafael Penteado de Barros — “Disostoses constitucionais” e “Alterações ósseas na leishmaniose tegumentar”.

2 — Dr. Paulo Almeida Toledo — “Acalásia dos esfíncteres” — conferência.

3 — Drs. J. M. Cabello Campos e Murilo Chaves — “Diagnóstico dos tumores bronco-pulmonares”. Dr. J. M. Cabello Campos — “Meningocele intratorácica”.

4 — Dr. Walter Bomfim Pontes — “Anglocardiografia”.

5 — Drs. A. Ferreira Filho e Jo-

sé Fernandes Pontes — “Divertículos do intestino delgado”.

6 — Dr. Aparício de Mello — “Bronquiectasias cilíndricas do lobo para-cardíaco”.

7 — Dr. M. A. Nogueira Cardoso — “Sinais radiológicos do Câncer do Pulmão”.

8 — Dr. J. Moretzsohn de Castro — “Estado atual da Cinerradiografia” e “Cinerradiografia do megaesôfago”, com o prof. Edmundo Vasconcelos.

9 — Dr. Feres Secaf — “Cinerradiografia da deglutição”.

10 — Dr. Fernando Chammas — Radio-diagnóstico nas mediastinites agudas”, “O pneumoperitônio no abscesso hepático”, “Invaginações intestinais”, “Perfurações do esôfago” e “Obstruções intestinais”.

Acendendo ao convite da Comissão Científica, o prof. Rafael de Barros pronunciou uma conferência sob o tema: “Disostoses constitucionais” em que apresentou os últimos casos de patologia óssea observados no Serviço do Hospital das Clínicas.

Elemento de grandiosa contribuição foi a apresentação dos primeiros resultados da Cinerradiografia clínica, dos casos estudados ultimamente no Serviço do prof. Rafael de Barros.

Pelos paulistas, foram apresentados vários estudos como “Cinerradiografia no megaesôfago” do dr. Moretzsohn de Castro e prof. Edmundo Vasconcelos, “Cinerradiografia”, pelo dr. J. M. Cabello Campos e “Cinerradiografia da deglutição”, pelo dr. Secaf.

II Curso de Patologia Digestiva

Sua realização em Madrid — Será iniciado no dia 2 de novembro em Madrid, no Hospital Provincial, o II Curso Médico Cirúrgico de Patologia do Aparelho Digestivo, sendo as suas aulas da-

das nos Serviços dos Professores C. Jiménez Díaz e C. Gonzalez Bueno. O prazo de inscrição será de 15 de setembro até 15 de outubro, devendo os interessados dirigir-se ao Hospital Provincial de Madrid.

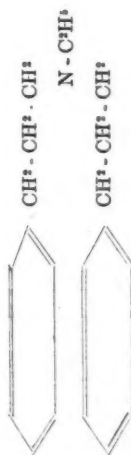
Por que o...

PROFENAMIN



*é o antispasmódico
da atualidade?*

Porque o PROFENAMIN



- não é entorpecente.
- não produz hábito.
- é mais ativo que a papaverina.
- tem uma dose tóxica 170 vezes maior que a sua dose terapêutica.

3 FORMAS

PROFENAMIN — comprimidos
PROFENAMIN — ampolas
PROFENAMIN — Composto

PROFENAMIN COMPOSTO



encerra em 2 cm³,

dois poderosos antispasmódicos: } Profenamin e Novatropina;
um analgésico: Dimefilamino - antipirina;
um sedativo: Acido dialilbarbitúrico.

LABORATÓRIO SINTÉTICO, LTDA.

RUA TAMANDARÉ, 376 — FONE 6-4572 — SÃO PAULO

XIV Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia

Sua realização em São Paulo —
A 3 de janeiro de 1950 será iniciado o Décimo quarto Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia, promovido pela Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina.

Para este curso foram estabelecidas cinco Bolsas de Estudo oferecidas pelas firmas Vicente Amato Sobrinho e Schering. Estas bolsas serão distribuídas aos participantes do curso que fizerem suas inscrições em primeiro lugar, levando-se em consideração o carimbo do correio sobre a carta que trouxer a remessa para pagamento da taxa do Curso que é de Cr \$400,00. As bolsas são de mil e quinhentos cruzeiros cada uma e serão entregues no fim do curso desde que os participantes tenham tomado parte ativa no mesmo, tanto na fase preliminar por correspondência, como na fase intensiva durante o mês de janeiro.

Afim de melhorar a eficiência do próximo curso foi resolvido que os participantes fizessem suas inscrições até 15 de outubro, recebendo logo a seguir as instruções sobre os estudos que deverão fazer afim de responder aos questionários que lhes serão enviados e que deverão ser devolvidos nas datas prefixadas. Os questionários serão mandados de volta aos interessados depois de corrigidos. Deste modo o participante do curso durante os dois meses que o antecedem irão ficando mais familiarizados com as matérias que serão depois ministradas em janeiro.

Este Curso é destinado a revisão sistemática dos conhecimentos básicos da especialidade para os que a ela já se dedicam ou ao aprendizado puro e simples dos mesmos para os que ainda não se iniciaram no estudo especializado da oculística. A frequência a esses

curso é reservado aos que tiverem permissão legal para exercer a medicina no país. O curso é de natureza intensiva.

Além das preleções e demonstrações da parte geral de revisão e sistematização que serão realizadas nas horas da manhã, das 8 às 12, poderão os que frequentarem o curso acompanhar a tarde o serviço clínico do Ambulatório de Doenças de Olhos da Escola Paulista de Medicina. A noite, haverá conferências sobre determinados temas escolhidos pelos próprios alunos e que serão focalizados mais detidamente.

A parte geral compreende preleções e demonstrações sobre as seguintes disciplinas: Ótica fisiológica, anatomia clínica, anatomia cirúrgica, anatomia e histologia patológicas, fisiologia patológica, patologia geral, anatomia do aparelho da visão, patologia do nervo ótico, patologia das vias óticas, oftalmoscopia, propedêutica, patologia da coróide patologia do corpo ciliar, patologia da íris, refração, embriologia, histologia, tonus ocular, patologia das pálpebras, patologia da esclera, fisiologia, lâmpada de fenda, patologia da conjuntiva, patologia do aparelho lacrimal, tracoma e enxaços de tracoma, cirurgia, musculatura intrínseca, refratômetro de Green. As aulas de propedêutica serão práticas e serão ministradas individualmente com um docente para cada aluno. Haverá também demonstrações e exercícios cirúrgicos em fantome.

Para as conferências a serem realizadas à noite, sugerem-se os seguintes assuntos, dentre os quais poderão ser escolhidos os temas respectivos: Progressos da terapêutica ocular; Glaucoma, seu diagnóstico e indicação operatória; Estrabismo, seu tratamento médico e cirúrgico; Gonioscopia; Exame de fundo de olho na hiper-

tensão arterial; Diagnóstico diferencial das retinites; Hipermetropia e presbiopia, suas manifestações clínicas; Anestesia em oftalmologia; Aniseiconia, vidros isecônicos; Vidros de Contacto, telulapas; Ambliopias tóxicas, conceito atual sobre a etiopatogenia e tratamento; Preparo do doente para operações de catarata; Fotografia de fundo de olho, fotografia do segmento anterior, sua importância clínica; Diagnóstico diferencial das alterações da papila do nervo ótico; Tratamento das doenças oculares pela febre; Perturbações oculares de origem endócrinas; Retinites hipertensivas, conceito atual e valor prognóstico; Manifestações oculares do diabetes e seu tratamento, conceito atual; O cilindro cruzado, instrumento capaz de medir pequenos defeitos de refração; Alergia e oftalmologia; Valor clínico das alterações do reflexo pupilar; Neuro-oftalmologia; Descolamento da retina, idéias atuais sobre o tratamento médico e cirúrgico; Oftalmologia e medicina legal; Diagnóstico e tratamento do tracoma a luz dos conhecimentos atuais; Infecções focais e oftalmologia; Aracnoidites, optociasmáticas; Pe-

rimetria e campimetria, suas técnicas e valor clínico; Tratamento atual das uveites; Radioterapia em oftalmologia; Valor da terapêutica pelos enxertos de tecidos; Fibroplastia retrolental; Troxoplas-mose.

Serão docentes do XIV Curso de Aperfeiçoamento em Oftalmologia, os srs. drs. Moacyr Alvaro, Arthur Amaral Filho, Francisco Amêndola, Mendonça de Barros, Rubens Belfort, Adriano Bonanoni, Alcides del Ciello, Armando Gallo, Pereira Gomes, Laertes Guimarães, Waldemar Niemeyer, A. Novaes, José Carlos Pacheco, Durval Prado, Paula Santos Filho, Manoel A. da Silva, Renato de Toledo.

O número de inscrições é necessariamente limitado. A ordem cronológica de inscrição será respeitada rigorosamente. A taxa de inscrição é de 400 cruzeiros. As inscrições poderão ser feitas pessoalmente ou por escrito para a Clínica Oftalmológica da Escola Paulista de Medicina, à Rua Condessa São Joaquim, 288. Aos que frequentarem o Curso proveitosamente, será fornecido um certificado.

ASSUNTOS DE ATUALIDADE

Tratamento da varicocele

Bases anatómicas e fiso-patológicas do tratamento cirúrgico da varicocele — Dr. J. Geraldo de Campos Freire in Revista Brasileira de Cirurgia, XVII, 201-214, abril de 1948.

Baseado em noções de anatomia e fisiologia patológicas, o A. apresenta a sua orientação pessoal no tratamento cirúrgico da varicocele, seguida em quasi uma centena de casos. Recorda as pesquisas fundamentais de Eduardo Cotrim e Jarbas Barbosa de Barros, de São Paulo, que estudaram a circulação venosa sob o ecran radioscópico em individuos com varicocele, ve-

rificando que a corrente venosa é centripta na posição vertical e centrifuga na posição ortostática. Cita as várias teorias que imputam a condição à insuficiência valvular ao peso da coluna sanguínea, à insuficiência dos canais anastomóticos de segurança de Fagaranasu, à astenia mesodérmica, desconhecendo a interpretação de Eurico Branco Ribeiro, que justifica a inversão intermitente da corrente venosa à esquerda e a presença dos canais anastomóticos de Fagaranasu pela compressão da veia renal esquerda entre a aorta e a artéria mesentérica superior e mes-

mo entre a aorta e a coluna, em casos de anomalia em que a veia renal esquerda passa por trás da aorta.

Aceitando a teoria de que se trata de "uma inadaptação de determinados indivíduos à posição ereta, reconhece o A. que todos os fatores apontados agiriam tanto à direita como à esquerda. E, assim, permaneceria sem solução a incógnita da maior frequência da vericocele à esquerda.

O tratamento ideal é o cirúrgico, desde que as manifestações psíquicas não sobrepujem as somáticas. Dá preferência a um processo descrito por Vasconcelos e que consiste na abertura da aponevrose do grande oblíquo, isolamento e abertura do cordão inguinal, ligadura e secção alta da veia espermática, dissecação do pelote varicoso até a 3 cm. do testículo seccionando-o a esse nível, e fixando o coto venoso à espinha do pube depois de feita a inversão da vaginal.

Permutas científicas

Um serviço da Unesco — A Unesco tem a intenção de publicar até no fim deste ano um folheto a respeito de permutas internacionais no campo científico.

Anexo a esse manual, ser publicada uma lista de instituições,

compreendendo as bibliotecas, universidades, instituições científicas, sociedades médicas, etc., do Mundo inteiro — desejosas de permutar seja suas próprias publicações, seja publicações da quais podem dispor regularmente.

Federação Mundial de Saúde Mental

Seus Objetivos — Foi constituída recentemente, em Londres, durante a realização do Congresso Internacional de Higiene Mental, do qual participaram perto de 50 nações, uma organização universal, destinada a congregar todos os países interessados num movimento de higiene mental de largas proporções. Desta organização, denominada Federação Mundial de Saúde Mental ("World Federation for Mental Health"), poderão fazer parte instituições psiquiátricas em geral ou, mais particularmente, as associações de higiene mental dos varios países.

A nova entidade, que será incorporada na Suíça, tem como presidente, no primeiro ano, o dr. J. R. Rees, e como vice-presidente o futuro presidente da próxima assembléia anual, dr. André Repond, da Suíça, estando regulamentada por estatutos provisórios. Eis, em síntese, os obje-

tivos da Federação: a) Estimular entre todos os povos e nações o mais elevado nível possível e saúde mental (expressão pela qual se compreenderá a saúde mental sob seus mais dilatados aspectos humanos), e para tanto utilizará os seguintes meios: 1) apoiar e colaborar com a Organização Mundial de Saúde (WHO), com a Organização das Nações Unidas pela Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e com outras agências das Nações Unidas que poderão ser incorporadas; 2) estabelecer e manter uma colaboração eficaz com os governos, agências governamentais, grupos profissionais e outros agrupamentos, sociedades, organismos ou indivíduos que forem julgados incorporados; 3) propor convenções, acordos e regulamentos, bem como fazer exortações concernentes à saúde mental; 4) estimular a colaboração entre os grupos científicos e pro-

fissionais que contribuem para favorecer o progresso no domínio da saúde mental; 5) desenvolver a capacidade de viver em harmonia com um meio de rápida evolução; 6) favorecer e encetar pesquisas, inqueritos e demonstrações no domínio da saúde mental; 7) animar a melhora do nível de instrução nas profissões ligadas à saúde mental; 8) fornecer informações, conselhos e auxílio no domínio da saúde mental; 9) contribuir para a formação de uma opinião pública esclarecida entre todos os povos sobre os problemas relativos à saúde mental; b) Como meios adequados à realização dos objetivos precedentes; 1) estimular a favorecer em todos os países do mundo a execução de meios de ação e de estudo ajustados a cada país, bem como a comunicação e troca de idéias entre os vários países sobre os progressos realizados quanto à saúde mental; 2) estimular os indivíduos, grupos, sociedades e organismos interessados na melhora da saúde mental, no mundo inteiro, a submeter à Federação informações e preceitos sobre o assunto; 3) designar delegações especiais, comissões, grupos ou indivíduos para o fim de colaborar com a WHO, a UNESCO ou outras entidades das Nações Unidas, assim como com outros organismos ou agrupamentos designados pela Assembléia de Saúde Mental ou pelo Comitê Executivo; 4) constituir um secretariado ou secretariados encarregados de assegurar a realização dos objetivos da Federação; 5) conferir prêmios ou recompensas e conceder bolsas de estudos; 6) controlar, organizar, patrocinar, co-

dirigir e coadministrar, ou sustentar organismos visando a mesma causa, na organização de reuniões, assembléias, convenções e congressos de caráter regional, nacional ou internacional em qualquer que seja a parte do mundo. c) Aceitar, reter, colocar, recolocar e administrar donativos, legados de bens moveis ou imoveis, fundos doações e bens de todos genero e natureza, sem restrição de soma ou de valor, e utilizar, destinar, gastar, ou fazer donativos de renda ou do capital correspondente aos fins de assegurar a realização dos objetivos visados pela Federação. d) Na medida autorizada pela lei, exercer seus direitos, poderes e privilegios para entreter reuniões de sua Assembléia de Saúde Mental ou de seu Comitê Executivo, manter um ou mais "bureaux" e conservar os livros da Federação em qualquer que seja a parte do mundo.

O prof. A. C. Pacheco e Silva, catedrático de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e na Escola Paulista de Medicina, e que foi vice-presidente do Congresso Internacional de Higiene Mental, bem como um dos membros fundadores da Federação Mundial de Saúde Mental, foi convidado para coordenador em nosso meio de todo o movimento de adesões à Federação.

Ficam, pois, conclamadas todas as entidades especializadas a colaborar no empreendimento em prol da Higiene Mental.

Qualquer correspondência a respeito poderá ser dirigida ao prof. A. C. Pacheco e Silva (av. Brig. Luis Antonio, 350 — 4.º andar)

DR. SYLVIO COSTA BOOCK

LABORATORIO DE ANALISES CLINICAS

RUA BRAULIO GOMES, 25 - 4.º ANDAR — FONES: 4-7744 E 8-5445

LITERATURA MÉDICA

Livros recebidos

Problemas Brasileiros de Higiene Rural — Samuel Barnsley Pessoa, Edição da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1949.

Nesta importante obra, o prof. Samuel Pessoa faz um estudo aprofundado das principais questões relacionadas com a melhoria das condições sanitárias do meio rural brasileiro. Dados os profundos conhecimentos do A. e o interesse com que vem se dedicando ao conhecimento desses problemas, é fácil adivinhar-se do elevado valor deste livro, que serve de guia seguro para quantos se empenhem a dar solução aos nossos problemas de higiene rural. Os aspectos epidemiológicos das enfermidades mais frequentes, são estudadas na primeira parte da obra, dedicando-se a segunda ao estudo sistemático das nossas mais importantes endemias rurais. Por fim, numa terceira parte de grande alcance prático, o A. apresenta a sua crítica construtiva, apontando as deficiências de nossa organização sanitária rural, declinando as suas causas e mostrando os meios de contorná-los.

A obra, que tem perto de 600 páginas, e apresenta quasi uma centena de sugestivas ilustrações, merece ser laureada pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e pela Sociedade de Gastroenterologia e Nutrição de São Paulo.

Clinica das Afecções do Estômago — Felício Cintra do Prado, "Edições Melhoramentos São Paulo, 1949.

Na dilatada linha de lançamentos das "Edições Melhoramentos", não há como não destacar a sua coleção de livros de medicina. Nossos facultativos e estudiosos acostumaram-se a encontrar ali um repositório sempre atual e eficiente

de ensinamentos e divulgação. Essa série de livros utilíssimos acaba de ser enriquecida com o aparecimento da obra "Clínica das Afecções do Estômago", autoria do prof. Felício Cintra do Prado, catedrático de Terapêutica Clínica da Escola Paulista de Medicina e Chefe de Clínica da Policlínica de São Paulo.

Trata-se de um curso em lições para médicos e estudantes, sendo a sua matéria assim dividida: Introdução ao curso (Anatomia, Fisiologia e Fisiopatologia e Clínica); Diagnóstico geral das Gastropatias; Úlcera Péptica (4 capítulos); Câncer do estômago; Distúrbios gástricos reflexos; Gastroneurose; Gastrite; Afecções raras do estômago; Súmula das questões mais importantes na clínica das Afecções do estômago. Sobremodo interessante e muito útil para o perfeito esclarecimento da matéria tratada é o apêndice da obra composto de noções de culinária dietética. Conta também o livro com um completo índice remissivo que facilita grandemente a consulta.

Palavras de encômios tiveram para com o presente trabalho, eminentes personalidades médicas do país. A seu respeito manifestou-se o prof. A. de Almeida Prado: "Livro de médico para médicos práticos, traz o sêlo das produções que devem ficar". E o prof. A. da Silva Mello, do Distrito Federal, assim se expressou: "Livro excelente, no qual transparece a grande experiência do autor, adquirida na prática, em contato com o doente".

O livro é apresentado com 214 páginas, formato 17 x 23,5 cm. em finíssimo papel asseitinado, encadernado em pano, com sobrecapa protetora. Texto esclarecido e enriquecido por 81 ilustrações quasi todos originais.

Equinococosis Genito-Urinária — R. Horno Liria e F. Romero Aguirre, Edição de J. M. Manó, Barcelona, 1946.

É um livro, que faz parte da coleção "Estudios Monográficos de Investigacion Médica", têm o seguinte sumário:

Cap. I — Equinococosis em geral. Conceito da afecção — Esboço histórico — O parasita e seu ciclo evolutivo — Profilaxia da equinococosis — Sintomatologia geral da equinococosis — Prognóstico — Tratamento.

Cap. II — Equinococosis genito-urinária. — Patogenia hidatidosis gênito-urinária.

Cap. III — Equinococosis do aparelho genital masculino. Etiologia — Patogenia — Anatomia patológica — Sintomatologia — Evolução — Complicações — Diagnóstico — Prognóstico — Tratamento.

Cap. IV — Equinococosis do aparelho genital feminino. Características — Patogenia — Sintomatologia — Diagnóstico clínico das localizações hidatídicas no aparelho genital feminino — Tratamento — Equinococosis e gestação.

Cap. V — Equinococosis renal. Esboço histórico — Caracteres etiológicos — Patogenia — Anatomia patológica — Sintomatologia geral — Estudo analítico dos diferentes sintomas — Evolução — Diagnóstico — Tratamento — Equinococosis renal na infância.

Cap. VI — Outras localizações hidatídicas do aparelho urinária. Equinococosis da pelvis renal — Equinococosis para renal — Equinococosis vesical — Equinococosis paravesical. Terminologia empregada na equinococosis. O volume contém perto de 200 páginas.

Penicilina Glaxo

Sal Sódico — Amorfa e Cristalina

Ampolas de 100.000 — 200.000 — 500.000 —
1.000.000 U. I.

Estreptomicina Glaxo

Frasco contendo o equivalente de 1 grama (1 milhão de unidades "S") de estreptomicina básica.

LABORATÓRIOS GLAXO (BRASIL) S/A.

Agentes em: Amazonas, Pará, Ceará, Piauí, Alagoas, Maranhão,
Belo Horizonte e Uberlândia.

Caixas Postais: Rio - 2755, São Paulo - 3757, Porto Alegre - 1297
Curitiba - 593, Bahia - 887, Recife - 1080

Salicil-B₁

ENTÉRICO

FÓRMULA POR DRÁGEA

SALICILATO DE SÓDIO...	0,50
VITAMINA B ₁ 11.935 M.H.	0,004
CITRATO DE SÓDIO	0,016
ECIPIENTE	q.s.

INDICAÇÕES

- REUMATISMO
(EM TODAS AS SUAS FORMAS)
- ESTADOS REUMATOIDES
- MIALGIAS
- ARTRALGIAS
- SÍNDROMES HEPATO-BILIARES

(PROPRIEDADE COLERÉTICA
DO SALICILATO DE SÓDIO)

AMOSTRAS
A
DISPOSIÇÃO



LABORATÓRIO LOMBA LTDA.

**CX. POSTAL: TIJUCA-1
RIO DE JANEIRO**

CA-1
IRO